أساسيات التربية الخاصة

Introduction of Special Education

الدكتور
زياد كامل اللالا
جامعة القصيم

الدكتورة
شريفة عبدالله الزبيري
رئيسة قسم التربية الخاصة
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الدكتور
صائب كامل اللالا
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الدكتورة
فوزية عبدالله الجلامدة
جامعة القصيم

الدكتور
مأمون "محمد جميل" حسونة
جامعة المجمعة

الدكتور
وائل محمد الشرمان
جامعة الطائف

الدكتور
وائل أمين العلي
جامعة نجران

الدكتور
يحيى أحمد القبالي
مدارس نجد

الدكتور
يوسف محمد العايد
الجامعة العربية المفتوحة

الفهرس

المقدمة 19

الفصل الأول

مفهوم التربية الخاصة

فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة) 23
أهداف التربية الخاصة 24
هدف وقائي 24
هدف علاجي 25
هدف وظيفي 25
هدف اجتماعي 25
هدف تعليمي 25
هدف إنساني ديمقراطي 26
مراحل تطور التربية الخاصة 26
مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها 28
أسباب الإعاقة 30
أولاً: مسببات عامة للإعاقة 30
ثانياً: أسباب ما قبل الولادة 34
ثالثاً: الأسباب أثناء الولادة 39
رابعاً : مجموعة أسباب مرحلة ما بعد الولادة 40
البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة 45
الخدمات التي تقدم في البيت أو المستشفى 46

مدارس ومراكز الإقامة الدائمة 46
المدرسة النهارية الخاصة 47
الصف الخاص الملحق بالمدرسة العادية 47
غرفة المصادر 48
المعلم الأخصائي المتنقل 48
المعلم المستشار 49
الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة 49
الحاجة إلى الحب 49
الحاجة إلى الانتماء 50
الحاجة إلى التقبل الاجتماعي 50
الحاجة إلى الانجاز 51
الحاجة للشعور بالكفاءة 51
المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 52
التكيف مع الإعاقة 53
الاستسلام 53
استخدام وسائل الدفاع الأولية 53
استجابات التعايش أو التعامل مع الإعاقة وتحديها 55
أخلاقيات معلم التربية الخاصة 55
مراجع الفصل الأول 63

الفصل الثاني

الموهبة والابداع

المقدمة 67
مفهوم الموهبة 69
المعنى اللغوي للموهبة 69

المعنى التربوي للموهبة 70
العوامل المؤثرة في الموهبة 71
خصائص الطلبة الموهوبين 71
الخصائص المعرفية 72
الخصائص الفنية والإبداعية 73
مشكلات الطلبة الموهوبين 74
طرق الوقاية 76
الكشف والتعرف على الموهوبين 76
مفهوم الإبداع 78
المعنى اللغوي للإبداع 78
المعنى التربوي للإبداع 79
الإبداع قدرة مشتقة من مصادر ستة 79
العوامل الأساسية المؤثرة في الإبداع 80
مكونات الإبداع 82
الإنسان المبدع 82
المهارات والقدرات الإبداعية 83
الإنتاج الإبداعي 84
العملية الإبداعية 86
معوقات الإبداع 88
المعيقات الثقافية 88
المعيقات الإدراكية 88
المعيقات الانفعالية 88
قياس الإبداع 91
المقاييس المستخدمة في قياس الإبداع 91

اختبار قياس الإبداع : لفرانك ويليامز 93
اختبارات جتزلز وجاكسون 94
اختبارات جيلفورد 94
اختبار جوبستك للإبداع 94
مراجع الفصل الثاني 97

الفصل الثالث
الإعاقة العقلية

المقدمة 103
تعريف الإعاقة العقلية 103
التعريف الطبي 104
التعريف الاجتماعي 104
التعريف التربوي 104
المراحل التي مرت بها ظاهرة الإعاقة العقلية 106
الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي 107
تصنيف الإعاقة العقلية 108
تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب 109
تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي 109
تصنيف الإعاقة العقلية حسب نسبة الذكاء 111
تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي 112
تصنيف الإعاقة العقلية حسب القدرة على التعلم (التصنيف التربوي) 112
نسبة انتشار الإعاقة العقلية 113
أسباب الإعاقة العقلية 113
أسباب ما قبل الولادة 113
أسباب في أثناء الولادة 117

أسباب بعد الولادة 118

الوقاية من الإعاقة العقلية 120

مستويات الوقاية من الإعاقة 120

أهم البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية 121

أهمية البرامج التعليمية في مجال دعم جهود الوقاية من الإعاقة العقلية 122

إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية 123

خصائص الأطفال المعاقين عقليا 124

الخصائص العقلية 125

الخصائص السلوكية و الإنفعالية 126

الخصائص الجسمية والحركية 127

الخصائص اللغوية 128

الخصائص الاجتماعية 128

الخصائص الحسية 128

تشخيص الإعاقة العقلية 129

الإتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية 130

علاج الإعاقة العقلية 132

انواع العلاج 132

أشكال علاج الإعاقة العقلية 133

الشروط اللازمة لإنجاح علاج الإعاقة العقلية 136

الخدمات التربوية التي تقدم للإطفال المعاقين عقليا 137

مناهج وأساليب تدريس المعوقين عقليا 138

محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقليا 139

استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا 141

السلوك المدخلي 142

قياس مستوى الأداء الحالي 144
إعـداد الخطة التربوية الفردية 145
إعداد الخطة التعليمية الفردية 146
تقييم الأداء النهائي للأهداف التعليمية 147
مراجع الفصل الثالث 149

الفصل الرابع
صعوبات التعلم

المقدمة 157
تطور مفهوم صعوبات التعلم 157
إسهامات العلماء في تطور المفهوم 159
تعريف صعوبات التعلم 162
الإبعاد المشتركة في تعريف صعوبات التعلم 164
أسباب صعوبات التعلم 167
العوامل الفسيولوجية 167
العوامل الوراثية 168
الاختلالات البيوكيماوية 168
عوامل أخرى مساهمة 168
نسبة انتشار صعوبات التعلم 169
خصائص ذوي صعوبات التعلم 170
تصنيف صعوبات التعلم 171
صعوبات التعلم النمائية 171
صعوبات التعلم الأكاديمية 171
تشخيص صعوبات التعلم 172
محك التباين أو التباعد 173

محك الاستبعاد 173
محك التربية الخاصة.. 173
محك النضج 173
محك المؤشرات النيرولوجية 173
علاج ذوي صعوبات التعلم 175
العلاج الطبي 175
العلاج التربوي.. 175
العلاج السلوكي 176
العلاج النفسي 176
تعريف بالمصطلحات الواردة في الوحدة.. 176
مراجع الفصل الرابع.. 192

الفصل الخامس
الإعاقة السمعية

المقدمة 199
تعريف الإعاقة السمعية.. 200
نسبة انتشار الإعاقة السمعية 203
تصنيف الإعاقة السمعية 205
أولاً: التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية 206
ثانياً: التصنيف الطبي حسب موقع الإصابة 206
ثالثاً : التصنيف حسب درجة الفقدان السمعي 208
رابعاً: التصنيف التربوي 210
خامساً : التصنيف تبعاً لطبقة ونبرة الصوت.. 210
طرق التواصل مع المعوقين سمعياً.. 211
أولاً : التواصل الشفهي 211

ثانياً . التواصل اليدوي 213
ثالثاً . التواصل الكلي 215
أثر الإعاقة السمعية على أوجه النمو لدى المعوقين سمعياً 215
تأثير الإعاقة السمعية على الذكاء والقدرات العقلية (المعرفية) 216
تأثير الإعاقة السمعية على النمو اللغوي 218
تأثير الإعاقة السمعية على النمو النفسي والاجتماعي 218
تأثير الإعاقة السمعية على النمو الجسمي والحركي 219
تأثير الإعاقة السمعية على التحصيل الدراسي 220
رعاية المعوقين سمعيا في المملكة العربية السعودية 221
معاهد الأمل للصم 222
برامج فصول الأمل الملحق بالتعليم العام 222
شروط القبول بمعاهد الأمل وفصول الأمل للصم 223
السلم التعليمي لمعاهد الأمل في المملكة العربية السعودية 224
الخدمات التي تقدمها معاهد الأمل للصم بالمملكة العربية السعودية 225
فصول الدمج التعليمي 226
برامج ضعاف السمع وعيوب النطق في التعليم العام 226
برامج المعلم المتجول 226
غرفة المصادر 226
تجربة المملكة العربية السعودية في إلحاق الصم بالتعليم العالي 226
مراجع الفصل الخامس 227

الفصل السادس

الإعاقة البصرية

المقدمة 235
تشريح العين و آلية الإبصار 235

آلية الإبصار 237
تعاريف الإعاقة البصرية 237
التعريف القانوني للإعاقة البصرية... 237
التعريف التربوي للإعاقة البصرية 238
تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية 238
أسباب الإعاقة البصرية 239
الإعاقات الناتجة على خلل في تركيب العين 239
الأسباب الناتجة عن أخطاء انكسار الضوء داخل العين........................ 245
الأسباب الناتجة عن القصور البصري القشري 247
الأسباب الناتجة عن اضطرابات رؤية اللون 248
الأسباب الناتجة عن عيون المجال البصري 248
أسباب ناتجة عن اضطرابات لأليه الإبصار عند الفرد 248
تأثير الاعاقه البصرية على جوانب النمو المختلفة للفرد المعاق بصيرياً............ 252
تأثير الاعاقه البصرية على النمو النفسي الحركي 252
تأثير الاعاقه البصرية على النمو المعرفي 252
تأثير الإعاقة البصرية على النمو العاطفي والاجتماعي............................ 253
تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي 254
التقييم التربوي والنفسي للمعاقين بصريا 254
أبعاد عملية التقييم التربوي- النفسي للمكفوفين.................................. 255
أبعاد عملية لتقييم النفسي - التربوي - ضعاف البصر 256
المواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة للأفراد المعاقين بصريا.......... 256
رموز برايل 256
مهارات التعرف والتنقل للمعاقين بصريا.. 259
أنظمة التنقل 262

البرامج التربوية للمعاقين بصريا 262
التدريب اللمسي 263
التدريب السمعي 264
التدريب الشمي 264
التدريب لحاسة الذوق 264
مراجع الفصل السادس 265

الفصل السابع
الاضطرابات السلوكية والانفعالية

المقدمة 269
تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية 269
النضج الانفعالي 271
المضطربون انفعالياً 272
نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية 272
تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً 273
أسباب الاضطرابات السلوكية و الانفعالية والوقاية منها 274
أسباب أخرى 277
الوراثة 277
الحرمان 277
الصدمات النفسية 278
العوامل البيولوجية 280
العوامل البيئية 281
تقييم المضطربين انفعاليا وسلوكيا 281
الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم 282
أولاً: الكشف 282

ثانياً: التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية 291
ثالثاً: التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية 294
رابعاً: التقييم التشخيصي في الجوانب الاجتماعية 296
خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً.. 299
الخصائص النفسية والسلوكية... 299
مفاهيم خاطئة عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية 299
صور من الاضطرابات السلوكية والانفعالية 300
مراجع الفصل السابع 302

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل

المقدمة 309
تعريف مصطلح التواصل 310
أشكال ومكونات التواصل.. 310
أشكال التواصل 311
أنواع التواصل 313
مراحل نمو اللغة والكلام عند الأطفال.. 317
تعريف اضطراب التواصل 320
تصنيف اضطرابات التوصل 321
أولا : تصنيف اضطرابات التواصل في ضوء الأسباب المؤدية لها 321
ثانياً: تصنف اضطرابات التواصل في ضوء السن أو العمر الزمني عند الإصابة.. 321
ثالثاً: تصنيف اضطرابات التواصل في ضوء المكونات المختلفة للتواصل 321
نسبة انتشار اضطراب التواصل 321
أسباب اضطرابات التواصل.. 322

أنواع اضطرابات التواصل 324
أولاً: اضطرابات الصوت 324
ثانياً: اضطرابات النطق 326
أسباب تأخر النطق عند الأطفال 328
ثالثاً: اضطرابات اللغة 329
تصنيف اضطرابات اللغة 330
مظاهر اضطرابات اللغة 330
رابعاً: اضطرابات الطلاقة 331
اضطرابات اللغة والكلام 334
أسباب اضطرابات الكلام 335
العوامل التي ساعدت في انتشار اضطرابات اللغة والكلام 335
الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطرابات التواصل 336
تشخيص اضطرابات التواصل 338
قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية 340
علاج اضطرابات التواصل 342
البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية 345
إرشادات لأسر الأطفال ذوي اضطرابات التواصل 347
إرشادات لمدرسي الأفراد ذوي اضطرابات التواصل داخل الصفوف العادية 347
مراجع الفصل الثامن 349

الفصل التاسع
الإعاقة الجسمية والصحية

المقدمة 355
تعريف الإعاقة الجسمية والصحية 356
نسبة حدوث الإعاقة الجسمية و الصحية 356

تصنيف الإعاقة الجسمية و الصحية 357
إصابات الجهاز العصبي 357
الإصابات العظمية والعضلية 369
الأمراض المزمنة 374
التقييم التربوي للأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية 380
البدائل التربوية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية والصحية 381
تنظيم البيئة الصفية 382
التدخل العلاجي 382
إرشاد الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية 383
الأطراف الصناعية 384
الأجهزة التعويضية 384
مراجع الفصل التاسع 385

الفصل العاشر
اضطراب التوحد

المقدمة 390
مفهوم اضطراب التوحد 391
اضطراب التوحد و اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات النمائية الشاملة 394
نسبة الانتشار 395
عوامل ارتفاع نسبة انتشار التوحد 398
أسباب اضطراب التوحد 399
الأسباب السيكولوجية- النفسية 400
الأسباب البيوكيميائية 401
الأسباب الجينية- الوراثية 401
الأسباب العصبية 402

فرضية اضطراب النظام الأيضي 403
فرضية اللقاح الثلاثي 403
خصائص اضطراب التوحد 404
الخصائص الاجتماعية 404
الخصائص التواصلية 407
الخصائص السلوكية و الاهتمامات المحدودة 409
الخصائص المعرفية 412
الخصائص الجسدية و الحركية 415
الخصائص الحسية 416
تشخيص اضطراب التوحد 417
أدوات تشخيص اضطراب التوحد 419
الأساليب والبرامج المستخدمة في علاج التوحد.. 420
برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة.. 420
برنامج تحليل السلوك التطبيقي 421
برنامج تبادل الصور.. 422
العلاج بالأدوية والعقاقير 423
العلاج بالتكامل الحسي 424
مراجع الفصل العاشر.. 425

المقدمة

يعتبر مفهوم التربية الخاصة من المفاهيم التي انتشرت بشكل ملاحظ في أواخر القرن الماضي، حيث اتجهت مؤسسات البحث العلمي والباحثين والعاملين للبحث العلمي الرزين في الفئات التي تشكل مضمون مسمى التربية الخاصة، وما يدل على ذلك كثرة البرامج التي تطرح في الجامعات على مختلف المستويات الجامعية، كما أن كمية الأبحاث والرسائل الجامعية التي تبحث في قضايا لها علاقة مباشرة بالتربية الخاصة لهو أكبر دليل على زيادة الاهتمام بالتربية الخاصة، ويشير عدد المواقع العلمية والمنتديات الحوارية على الشبكة العالمية للمعلومات دليل على الاهتمام بالتربية الخاصة وبكل ما يتعلق بها من قضايا وتفصيلات تتعلق بكل فئةٍ على حدا، يضاف إلى ما سبق ازدياد اهتمام مؤسسات المجتمع المدني بهذه الفئة ويعتبر إقامة المؤسسات الخاصة بكل فئة دليل على ذلك، وما انتشار المؤتمرات العلمية والمجلات العلمية إلا دليل على الازدياد المتنامي بفئات التربية الخاصة، وساهمت مجتمعاتنا العربية بهذا التطور والتقدم وتمثلت صور هذا التطور بكل ما سبق ذكره، ويمثل هذا المؤلف جزء من هذا الاهتمام ، ولقد حرصنا في هذا المؤلف تقديم فئات التربية الخاصة بصورة ميسرة تحتوي المعلومات الحديثة والأساسية لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وقد اشتمل هذا المؤلف على عشرة فصول احتوى الفصل الأول فيه على المعلومات الأساسية المتعلقة بمفهوم التربية الخاصة وفئات هذه الفئة، والحاجات الأساسية لهذه الفئات ، بينما تناول الفصل الثاني موضوع الموهبة والإبداع حيث احتوى هذا الفصل على أهم ما يتعلق في موضوع الموهبة والإبداع وخصائص الأطفال المبدعين والطرق المتبعة في تعليمهم، وتناول الفصل الثالث فيه الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية شمل الفصل على تعريف هذه الفئة وتصنيف الإعاقة العقلية وخصائص هذه الفئة والطرق المتبعة في تعليمهم، بينما احتوى الفصل الرابع على فئة ذوي صعوبات التعلم، واشتمل الفصل على تعريف هذه الفئة وخصائصها وطرق تعليم هذه الفئة، واحتوى الفصل الخامس على المعلومات الأساسية المتعلقة بفئة ذوي الإعاقة السمعية وما يتعلق بها من تصنيف للإعاقة السمعية، وطرق التواصل مع هذه الفئة بالإضافة إلى رعاية هذه الفئة في المملكة العربية السعودية، واستعرضنا في الفصل السادس الإعاقة البصرية من حيث التعريف وخصائص هذا الفئة

وأسباب الإعاقة البصرية وتأثير الإعاقة على جوانب النمو المختلفة بالإضافة إلى البرامج التربوية المقدمة لهذه الفئة ، وتناولنا في الفصل السابع موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية من حيث التعريف ونسبة الانتشار، وتصنيف ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وطرق تقييم ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتم بحث موضوع اضطرابات التواصل في الفصل الثامن من حيث التعريف وأشكال هذا الاضطراب وتصنيف اضطرابات التواصل والتشخيص والقياس الخاص بهذه الفئة وطرق العلاج والبرامج التربوية الخاصة بهذه الفئة. وتناولنا في الفصل التاسع موضوع الإعاقات الجسمية والصحية، من حيث تعريف هذا الفئة وتصنيفها والتقييم التربوية والبدائل التربوية الخاصة بهذه الفئة، وأخيراً تناولنا في الفصل العاشر موضوع التوحد من حيث المفهوم والأسباب والفرضيات التي فسرت هذا الاضطراب، وخصائص الأطفال ذوي التوحد وطرق التشخيص المتبعة والأساليب والبرامج المتبعة في التدخل العلاجي.

نرجو من الله أن نكون قد ساهمنا وقدمنا من خلال هذا المؤلف كل ما هو مفيد وجديد للمهتمين في مجال التربية الخاصة.

والله تعالى الموفق

المؤلفون

الرياض : 1432هـ / 2011م.

الفصل الأول

مفهوم التربية الخاصة

فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة)
أهداف التربية الخاصة
مراحل تطور التربية الخاصة
مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها
أسباب الإعاقة
البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة
الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة
التكيف مع الإعاقة
أخلاقيات معلم التربية الخاصة
مراجع الفصل الأول

الفصل الأول

مفهوم التربية الخاصة

The Concept of Special Education

تعرف التربية الخاصة بأنها جملة من الأساليب التعليمية الفردية المنظمة التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصاً، ومواد ومعدات خاصة أو مكيفة وطرائق تربوية خاصة وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية ـ الشخصية والنجاح الأكاديمي، على أن الهدف الذي تتوخى التربية الخاصة تحقيقه لا يقتصر على توفير منهاج خاص أو طرائق تربوية خاصة أو حتى معلماً خاصاً، ولكن الهدف يتضمن إيضاح حقيقة أن كل شخص يستطيع المشاركة في فعاليات مجتمعه الكبير، وأن كل الأشخاص أهل للاحترام والتقدير وأن كل إنسان له الحق في أن تتوفر له فرص النمو والتعلم. (الخطيب والحديدي، 1998 : , Heward & Orlansky (1988

كما تعرف على أنها مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق ذواتهم ومساعدتهم في التكيف.(الروسان، 2010).

ويعرف كل من هلهان وكوفمان (Hallahan,Kauffman,2006) التربية الخاصة بأنها ذلك النوع من التعليم الذي يتم تصميمه خصيصاً لإشباع تلك الحاجات غير العادية لطفل يعرف بأنه غير عادي أو لديه استثناء معين فردي أو مزدوج (تعدد إعاقة) وقد يتطلب ذلك اللجوء إلى : مواد ووسائل خاصة، واستراتيجيات تدريس معينة، أو أجهزة ومعينات وخدمات معينة. (محمد، 2011).

فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة)

من المنظور التربوي يشير مفهوم الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى ذلك الطفل أو الشخص الذي ينحرف عن الفرد العادي أو المتوسط في:

1. الخصائص العقلية.
2. القدرات الحسية.
3. قدرات التواصل.
4. نمو السلوك الاجتماعي والانفعالي.
5. الخصائص الجسمية.

إن هذا الانحراف يجب أن يكون بدرجة يحتاج معها الطفل إلى مواد ووسائل تعليمية خاصة، واستراتيجيات تعليمية خاصة لكل فئة بالإضافة إلى كوادر مؤهلة للتعامل مع كل فئة وعليه فإن فئات التربية الخاصة (ذوي الاحتياجات الخاصة) تشمل:

1. الموهبة والتفوق Giftedness
1. الإعاقة العقلية Mental Impairment
2. الإعاقة السمعية Hearing Impairment
3. الإعاقة البصرية Visual Impairment
4. صعوبات التعلم Learning disabilities
5. اضطرابات اللغة والتواصل Communication Disorders
6. الإعاقة الجسمية والصحية Physical & Health Impairments
7. الاضطرابات الانفعالية السلوكية Emotional Impairment
8. اضطراب التوحد Autism Disorder
9. الإصابات الناتجة عن الدماغ Traumatic Brain Injury (TBJ)
10. اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط Learners with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

أهداف التربية الخاصة

توجد عدة أهداف للتربية الخاصة يمكننا إجمالها في النقاط التالية:

1. هدف وقائي

ويشمل نشر الوعي بأشكاله المختلفة للحد من أسباب الإعاقة.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية(W H O) معنى الاتجاه الوقائي في عام 1976 م

على أنه تلك الإجراءات المنظمة والمقصودة والتي تهدف إلى عدم حدوث أو التقليل من حدوث الخلل أو التقصير المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية عند الفرد وهذا يمكن السيطرة عليه من خلال إحدى الوسائل التالية :

- إزالة العوائق أو العوامل التي تسبب حدوث الإصابة بالخلل.
- المساعدة على تقليل الآثار السلبية للإعاقة.
- استخدام وسائل التشخيص الجيدة، من أجل الكشف المبكر عن الإعاقة ويتم ذلك عن طريق قيام المستشفيات بدورها، وكذلك رياض الأطفال ووسائل الإعلام من أجل تحقيق السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وكذلك الكشف المبكر للإعاقة لأن الكشف المبكر للإعاقة قد يساعد على عدم ظهورها أو التقليل من خطرها وشدتها، كذلك على المجتمع أن يتدخل للتخفيف من وطأة الإعاقة عن طريق تقبل هذه الفئة ودعمها نفسياً واجتماعياً وتوفير البرامج المخصصة لها لتطوير قدراتها وإمكاناتها.

2. هدف علاجي

وهذا الهدف يكون بعد وقوع الإعاقة، ويكون هنا للتخفيف أو التقليل من الآثار التي سببتها الإعاقة، وهنا يتم التركيز على تأهيل الفرد المعاق واستغلال إمكانياته وقدراته إلى أقصى قدر ممكن، ويتم ذلك بالتدريب وبتزويده بالمعينات المناسبة لإعاقته.

3. هدف وظيفي

ويشمل مساعدة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة على التكيف النفسي والاجتماعي، وهنا يجب أن يقوم الإرشاد النفسي والتربوي بدوره الفاعل في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، ومساعدتهم على التكيف مع الإعاقة والتقليل من آثارها السلبية.

4. هدف اجتماعي

ويشمل مساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحسين قدراتهم وإنجازاتهم وتحصيلهم في المجالات الجسمية والعقلية التي يعانون من قصور وظيفي فيها.

5. هدف تعليمي

ويتمثل ذلك بإعداد البرامج التعليمية الخاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة واختيار طرق التدريس المناسبة لكل فئة وذلك باعتماد الخطة التربوية الفردية

والخطة التعليمية الفردية Individualized Education Plan، كما يتضمن هذا الهدف إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية المناسبة لكل فئة، بالإضافة إلى إعداد الكوادر التربوية المؤهلة للتعامل مع فئات التربية الخاصة.

6. هدف إنساني ديمقراطي

وينبع من تكافؤ الفرص لجميع أفراد المجتمع، حيث ضمنت التشريعات والقوانين ذلك، فالإسلام ضمن الكرامة للجنس الإنساني بغض النظر عن كونه سليما أو لديه إعاقة ما، وعلى مر العصور الإسلامية وضعت القوانين التي تسهل للمعاقين حياتهم وتضمن حصولهم على حقوقهم الطبيعية،كما أن القوانين الحديثة كذلك ركزت على حقوق كل معاق بحياة كريمة، وحرصت كل الدول على رعاية هذه الفئات من أبنائها بل وتنافست في ذلك ومن القوانين ذائعة الصيت في هذا الباب القانون الأمريكي المسمى (قانون التربية لكل المعاقين 94/ 142 لعام 1975) (Education for All Handicapped Act)

والذي طرأ عليه أكثر من تعديل لاحقاً، وعلى المستوى العربي وضعت قوانين وتعليمات تنص على أهمية حصول فئات التربية الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة على حقوقهم ومن الأمثلة على ذلك القانون الأردني لرعاية المعوقين لعام 1993، والنظام السعودي لرعاية المعوقين والذي صدر عام 1421هـ (ملحق 1).

مراحل تطور التربية الخاصة

لقد مر ذوو الاحتياجات الخاصة بمراحل قاسية وطويلة عبر الزمان حتى وصل بهم الحال إلى العصر الحالي والذي نال فيه أغلب المعاقين حقوقهم أو بعضها، فقد كانت بداية هذه المراحل باعتبار الأفراد المعاقين على اختلاف إعاقاتهم أفراداً غير مرغوب في وجودهم وكانت بعض المجتمعات تنفي هؤلاء الأفراد بحيث تنتهي حياتهم بشكل قاس، كما في الحضارتين (الرومانية واليونانية) لأن هؤلاء لم يكونوا في نظر هاتين الحضارتين أفراداً صالحين بمقاييس حضارتهم، ثم ما لبث أن تحسن وضع ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بنزول وسيادة الديانات السماوية حيث تمثلت النظرة إليهم بأنهم خلق من خلق الله ولا دخل لهم فيما هم فيه، فتحسنت نظرة الناس إلى هؤلاء المبتلين، ولا بد من ذكر أثر الإسلام الحنيف في تغير النظرة إلى المعاق حيث عامل الإسلام المعاق معاملة الفرد والإنسان العادي في الحقوق والواجبات مع إسقاط بعض الواجبات حسب حالة الفرد، وضربت لنا سيرة النبي ﷺ أروع الأمثلة في التعامل مع فئات المعاقين على اختلافها، كما نزلت لآيات مباركة

فيها عتاب لخير البشر بسبب أنه ﷺ لم يلتفت إلى أحد المعاقين بصرياً (الصحابي عبد الله بن أم مكتوم ﷺ) ، أثناء محاورته أسياد مكة المكرمة بخصوص الإسلام وطمعاً في هدايتهم، قال تعالى﴿ عَبَسَ وَتَوَلَّىٰٓ ۝١ أَن جَآءَهُ ٱلْأَعْمَىٰ ﴾ [عبس:1-2]، ثم استمرت الحضارة الإسلامية على هذا النهج في إعطاء المعاقين حقوقهم، حيث كانت الدولة الإسلامية تلبي حاجة المعاق، من خدم أو مساعدات مالية.. وبرز من العلماء ذوي الإعاقات غير العقلية العدد الكبير، حيث برع هؤلاء في جوانب مختلفة من جوانب المعرفة الإسلامية واللغوية والتاريخية.. ، ثم ما لبث أن ضعفت الدولة الإسلامية وتعددت بلدانها وأصابها ما يصيب الحضارات من الضعف والوهن، فانتقلت القوة إلى الحضارة الغربية حيث ساهمت في دعم مسيرة التربية الخاصة ضمن محطات فارقة في تاريخ الاهتمام بالتربية الخاصة.

إذ بدأ الاهتمام بتربية المعاقين في فرنسا في القرن التاسع عشر، ثم امتد ذلك إلى عدد من الدول الأوروبية ومن ثم إلى الولايات المتحدة الأميركية، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والاهتمام ثم تلتها فئات الإعاقة العقلية والحركية، وقد كان شكل خدمات التربية الخاصة في ذلك الوقت متمثلاً في الحماية والإيواء (Protection) في الملاجئ (Asylums)، وذلك لحمايتهم أو لحماية المجتمع الخارجي منهم، حيث عليهم التكيف معه، ثم تطورت تلك الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم الأطفال المعوقين مهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills) في مدارس أو مراكز خاصة بهم، وعلى ذلك تعود جذور التربية الخاصة إلى نهايات القرن التاسع عشر، حيث يعتبر ايتارد (Jean M.G.Itard ,1775 -1838) وهو طبيب فرنسي من أوائل المهتمين والمؤرخين لبدايات التربية الخاصة في فرنسا ويعتبرمرجعاً في تشخيص وتربية الصم، كما يعتبر سيجان (Edouard Seguin , 1812- 1880) من الرواد الأوائل في تاريخ التربية الخاصة، وهو أحد تلاميذ ايتارد، والذي هاجر إلى الولايات المتحدة الأميركية وحصل على شهادة الطب من جامعة نيويورك في عام 1861، وقد كان اهتمام سيجان مركزاً على تربية المعاقين عقلياً، ونشر بحثاً حول الطرائق الفسيولوجية في علاجهم في عام 1866، كما تعتبر منتسوري (Maria Montessori , 1870 -1952) والتي كانت أول سيدة إيطالية حصلت على درجة في الطب، من الرواد الأوائل الذين اهتموا بتعليم الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً.

أما في الولايات المتحدة الأميركية فيعتبر هوي Samuel G. Howe , 1801-1876 والذي تخرج من جامعة هارفارد في عام 1824، من رواد التربية الخاصة في الولايات المتحدة

الأميركية، إذ يعتبر من الأطباء والمربين الأوائل في تاريخ التربية الخاصة حيث أسس أول مدرسة للمكفوفين عرفت باسم (The Perkins School for the Blind) في مدينة Watertown بولاية ماستشتوس، وتعتبر هيلين كيلر Helen Keller ولورا برجمان Leaura Bridgman من الأوائل الذين تتلمذوا وتعلموا على يدي هوي، كما يعتبر ثوماس جاليدت (Thomas H Galleudet, 1787- 1851) من المربين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الصم، فقد سافر إلى أوروبا لتعلم طرائق تربية الصم، ثم عاد إلى الولايات المتحدة الأميركية عام 1817 ليؤسس أول مدرسة أميركية للصم في مدينة هارت فورد (Harford) بولاية كونيكتات (Connecticut) والتي عرفت الآن باسم المدرسة الأميركية للصم، وقد كرم جاليدت بأن أسس أول كلية للصم في مدينة واشنطن عرفت باسمه هي: (The Gallaudet College)، وقد كان من آثار الحركة النازية في ألمانيا هجرة الكثير من المربين والأطباء الألمان إلى الولايات المتحدة الأميركية حيث ساهم هؤلاء بشكل واضح في نمو ميدان التربية الخاصة، ومن هؤلاء ماريان فروستج 1938 ،، حيث كانت تعمل كأخصائية نفسية واجتماعية في النمسا وبولندا حيث ساهمت بشكل واضح في نمو وتطور التربية الخاصة وبخاصة تعليم الأطفال المعوقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم، وكذلك الفرد ستراس وهو طبيب أعصاب مشهور، وكروك شانك وهيلمر مايكل باست إذ يعود الفضل لهؤلاء الرواد في تطور موضوع صعوبات التعلم (Learning Disabilities) كأحد الميادين الرئيسة في التربية الخاصة، وكذلك هنز فرنر الأخصائي في علم نفس النمو الذي ترك ألمانيا وانضم إلى مدرسة (Wayne (في مدينة (Northville) في ولاية متشحان الأميركية، ليساهم في تطور الأبحاث في ميدان التربية الخاصة، ثم نيكولاس هوبس الأخصائي في علم النفس والتربية والذي اهتم بتربية وتعليم الأطفال المضطربين انفعالياً، وأخيراً جولدبرج (1972) والذي أشار إلى تقدم الدول الاسكندنافيه في تربية ورعاية الأطفال المعوقين عقلياً والذي دعا إلى الاستفادة من خبرات هذه الدول ونقل تلك الخبرات إلى الولايات المتحدة الأميركية (الروسان بتصرف، 2010).

مفهوم الإعاقة ونسبة انتشارها

تعرف الإعاقة وفق (1995) Americans with disabilities act بأنها إصابة عضوية أو عقلية تحد أو تقلل بشكل كبير من أنشطة الفرد في واحدة أو أكثر من المهارات الحياتية. فالفرد الذي يعاني من إصابة تحول دون قيامه بواحدة أو أكثر من الأنشطة والمهارات الحياتية، وهو في نفس الوقت بحاجة إلى أجهزة تساعده في التنقل والحركة أو أنه يعتمد على

الآخرين لتحقيق مهارات حياته اليومية، فإنه يصنف على أنه يعاني من إعاقة شديدة (U.S. census Bureau, 1997). وتشتمل الإعاقة على تلك الإصابات المتعلقة بالحواس أو الأعضاء أو الجانب العقلي. وقد تكون جزئية أو بسيطة أو كلية.

وتختلف نسب المعاقين وتقديرات أعدادهم من مجتمع إلى آخر وذلك وفق ظروف المجتمع وأوضاعه الاجتماعية والاقتصادية والصحية. فعلى سبيل المثال يقدر عدد المعاقين في المجتمع الأمريكي بحوالي 54 مليون نسمة (حوالي 20٪) (U.S.census bureau, 2003). ويمكن حصر أسباب الإعاقة الرئيسية في ذلك المجتمع في : إصابات نمائية، أمراض عقلية، إصابات دماغية، والتهابات المفاصل (National Institute of Mental Health, 1999). وفي دراسة أجراها U.S. Census Bureau 1997 تبين أن 68 مليون شخص في الولايات المتحدة يعانون من مشكلات تحد من قدراتهم الجسمية وأن 14 مليون منهم يعانون من إعاقة في الجوانب السمعية والبصرية واللغوية.

وفي 1981 أشارت الأمم المتحدة (UN) ومنظمة الصحة العالمية (Who) إلى أن نسبة المعاقين في أي مجتمع من المجتمعات تبلغ (10٪). وفي سنة 1992 اقترح Helandur تعديلا للنسبة بحيث تصبح نسبتهم في الدول النامية (4٪) وفي الدول الصناعية (7٪) (Metts, 2000). ويعود السبب في زيادة النسب لدى الدول الصناعية إلى ما توفره تلك الدول من إجراءات دقيقة في التشخيص وتعداد الحالات وحصرها وكذلك المعالجة الصحية التي تهيئ للفرد فرصا أكبر للحياة. وقد أيد برنامج الأمم المتحدة UNDP هذه النسب وحصرها عالميا في 5٪ فقط (Coleridge,1993). إلا أن هذه النسبة المتواضعة قد تم انتقادها حيث أنها أخذت في الاعتبار فقط حالات ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يعانون من إصابات مرئية وأهملت في ذات الوقت الحالات غير المرئية مثل ذوي صعوبات التعلم، وذوي الإعاقات البسيطة جدا. على العموم، يمكن القول بأن جميع هذه النسب تعتبر تقديرية بسبب أنها لم تأخذ في الاعتبار المتغيرات الثقافية والظروف البيئية لكل مجتمع بعينه (Yeargint & Boule, 2000) السرطاوي، 2005).

أسباب الإعاقة

يمكن تقسيم الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة بشكل عام إلى الأسباب التالية وهي :ـ

أولاً: مسببات عامة للإعاقة

أ. الإعاقة والأوضاع الأسرية والفقر

يتوقع أن تزداد نسب المعاقين لدى المجتمعات التي تعاني من عوامل الفقر والحرمان والمجاعة (UN) (WHO). ومن المؤكد أن معالجة هذه الظاهرة المتنامية لدى المجتمعات الفقيرة لن تتحقق دون دمج هذه الفئة من الأفراد في مجتمعاتهم. ففي الدول الأكثر فقرا في العالم وبالأخص تلك التي لا تتوفر فيها أية أنظمة مساعدة أو معونات أو خدمات صحية وتدريبية واجتماعية مجانية تكون المسألة بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة متعلقة بالمحافظة على الحياة أو مواجهة الموت. ويعتقد بأن السبب الرئيسي للمعاناة من الفقر المدقع لدى هذه الفئة من الأفراد تكمن في عزلهم عن الحياة الاجتماعية والاقتصادية التي يمارسها بقية أفراد المجتمع في حقهم (Rebecca, y. unpublished report).

وعلى الرغم من عدم توفر بيانات ودراسات دقيقة تؤكد هذه المسألة إلا أن الدلائل الميدانية تشير عموما إلى أن ذوي الاحتياجات الخاصة يتم عزلهم وبالتالي يقعون ضمن الفئات الأشد فقرا. ومن المعروف أن حالة من الفقر المدقع تزيد من احتمالية حدوث الإصابة التي يمكن أن تتطور لاحقا كي تؤدي إلى الإعاقة ثم إلى العجز الدائم. وكنتيجة حتمية لحدوث الإعاقة يتوقع أن يعاني الفرد من نقص شديد في الدخل بسبب عدم توفر الفرص التأهيلية والتشغيلية في تلك المجتمعات التي لا تتيح الحد الأدنى من تلك الفرص حتى للأفراد العاديين (Hurst, Rachel,1999-2002).

وعلى العموم، فان المعلومات المتوفرة عن ارتباط حالات الإعاقة بالظروف والأوضاع المعيشية المتدنية تعتبر نادرة على الرغم من وضوحها والتسليم بضخامتها. وتعتمد هذه المعلومات في الأساس على تقديرات تتنافى مع مسلمات تعود إلى أن الفقر لا يعني بالضرورة حدوث الإعاقة على الرغم من أن الدلائل والتخمينات تشير إلى أن ذوي الاحتياجات الخاصة يظهرون أكثر في الظروف الاقتصادية والاجتماعية المتدنية في جميع دول العالم بما فيها الدول الصناعية. وفي هذا السياق فقد أشارت الدراسات الصادرة من البنك الدولي إلى أن ما يقدر بنصف مليار فرد يعانون من إعاقة ما هم ممن يعيشون في فقر مدقع(

(Metts, 2000). ويتوقع أن تصل نسبتهم في الدول النامية من 15٪ - 20٪ من مجموع السكان (Elwan,1999).

ولا يعني الفقر بأي حال من الأحوال تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي. كما أن العلاقة بين الإعاقة والفقر تتفاوت وتتطور داخل المجتمع الواحد إضافة إلى التسليم بتفاوتها من مجتمع إلى لآخر. فقد أشارت Rebecca في تقرير غير منشور إلى أن حالة الفقر تتعدى الدخل المادي كي تشمل العزل والحرمان الاجتماعي.

يعاني الطفل الذي يولد فقيرا أو معاقا من التحيز والرفض والحرمان. وتعتبر ولادة الطفل المعاق في المجتمعات الفقيرة تلك نوعا من المأساة. وعلى الرغم من حاجة هذا المولود إلى الرعاية الصحية الأساسية فانه يترك لمواجهة مصيرة دون توفير الحد الأدنى من الرعاية المطلوبة. وفي ظل عدم توفر مصادر دخل ملائمة في تلك المجتمعات، فإنه يتوقع أن لا يحصل هذا الفرد على حصة عادلة من تلك المصادر. ويعتبر هذا الأمر من منظور تلك المجتمعات عملا منطقيا مبررا على الرغم من مدلولات الرفض الكامنة فيه. فهذا الفرد من وجهة نظرهم يعتبر حالة ميئوسا منها ولا يمكن أن يمثل بالنسبة إليهم استثمارها محتملا، وبالتالي فهو لا يستحق أدنى حدود الرعاية الأسرية والمجتمعية (Ashton, 1999).

إن البدء بعزل الأفراد المعاقين اجتماعيا واقتصاديا منذ الطفولة يكرس تعميق الفجوة بينهم وبين أقرانهم العاديين ويقلل في نفس الوقت من فرص التغلب على هذه المعضلة، كما أنه ينمي تشكيل اتجاهات سلبية نحو هؤلاء الأفراد تتمثل في النظر إليهم على أنهم أفراد لا يمتلكون القدرة على المشاركة والمساهمة في بناء المجتمع.

وفي الغالب يكون الأفراد الذين يعانون من الفقر آخر من يحصلوا على الطعام ومصادر الرعاية الأساسية. ففي حالة تعرضهم للمرض فإنهم لن يحصلوا على العلاج الصحي اللازم حيث يتركون لرحمة الله. وهم نادرا ما يذهبون إلى المدرسة خوفا من العار الذي قد يلحق بهم وبأسرهم إضافة إلى التأثيرات السلبية التي قد تنعكس على الحياة الزوجية والأسرية. وقد أفادت منظمة اليونسكو سنة 1988 بأن 98٪ من المعاقين في الدول النامية لا يتلقون في الواقع أية خدمات تربوية رسمية مما يؤدي بالتالي إلى شعورهم بالنقص وعدم المساواة مع الآخرين أو التفاعل معهم (UNESCO, 1988).

وكنتيجة للإعاقة فإن العديد من الأطفال يفقدون الحياة خاصة في المجتمعات الأشد فقرا. أما حالات الأطفال الذين يتمكنون من العيش رغم الظروف القاسية فإنهم يعانون من

حرمان كبير لدى محاولتهم الالتحاق بالبرامج التربوية الرسمية وغير الرسمية مما يؤدي إلى حرمانهم من التدريب اللازم إضافة إلى تدني مفهومهم لأنفسهم. وفي المستقبل فإنهم يواجهون أيضا نقصا في فرص التوظيف وعدم تقبل الأفراد العاديين لهم بسبب عدم تفاعلهم معهم في مراحل مبكرة من العمر. وهذا يدل على إنكارهم الحق في الحصول على فرص متساوية كغيرهم من الأفراد العاديين.

وأخيرا، فإنه يمكن القول بأن الأفراد المعاقين غالبا ما ينحدرون من أسر ذات معدلات عالية من الفقر، بل إن الفقر يزيد بشكل جذري من احتمالية حدوث الإعاقة. فالأفراد الذين يعانون من الفقر المزمن لا تفسح لهم الفرص في الحصول على الرعاية الصحية اللازمة أو المأوى والطعام والتعليم والوظيفة المناسبة مما يؤدي بالتالي إلى إمكانية إصابتهم ببعض الأمراض والإصابات التي تؤدي إلى الإعاقة. وتقدر الإحصائيات العالمية بأن عدد الأفراد المعاقين الناتج عن سوء التغذية والفقر بحوالي مئة مليون شخص (Lee, 1999). وقد قدرت منظمة الصحة العالمية سنة (1992) أن ما نسبته 70٪ من المصابين عالميا بالإعاقة البصرية في مرحلة الطفولة المبكرة و 50٪ من المعاقين سمعيا ينحدرون من الدول الأفريقية التي تعاني من الفقر. وهنالك بعض الحالات المثيرة للدهشة لكنها في نفس الوقت تدل على الواقع المؤلم الذي تعيشه شعوب أخرى ممن تعاني من الفقر المدقع. ففي الهند على سبيل المثال، فإنه على الرغم من معرفة عامة الناس بمخاطر الإصابة الحركية والعصبية الناتجة عن تناول بعض الأنواع الرديئة من الأطعمة، فإن ذلك لم يمنع من تناولها بسبب عدم توفر غيرها. وفي كولومبيا فإن70٪ من المصابين بالألغام الأرضية كانوا على علم مسبق بأنهم يزرعون في أراضي مليئة بالألغام الأرضية.. (Action on Disability of Development, 1997)

وفي كثير من الدول الفقيرة، لا تتلقى النساء الحوامل الرعاية سواء في فترة الحمل أو أثناءها أو بعدها. إن تسجيل مثل هذه الحالات وحصرها يبقى محدودا وذلك لعدم وجود دراسات مسحية دقيقة في هذا الخصوص. وعلى الرغم من توفر عدد من الدراسات التي وثقت نوع المشاكل والمضاعفات التي تصيب المرأة الحامل، إلا أن ندرة الدراسات التي تبين الوضع الصحي للنساء بعد الولادة يعتبر أمرا حقيقيا. كما أن كثيرا من المعلومات المتوفرة يعود مصدرها إلى تجارب شخصية فقط لا يعتد بها ولا تعتبر بياناتها دقيقة علميا أو صحيحة إكلينيكيا. وعلى الرغم من ذلك فقد بينت العديد من دراسات الحالات في كثير من الدول وجود مشكلة حقيقية لكنها خفية ذات صلة بعوامل ثقافية تحث المرأة على عدم إعطاء

صحتها أهمية بقدر اهتمامها بشؤونها العائلية والأسرية، اي أن الأولوية للأسرة ككل وليس لصحة المرأة، وتعرف مثل هذه الثقافات بثقافة الصمت والتحمل (Khattab, 1992) .

ويمكن الاستنتاج في النهاية بأن الفقر المزمن يؤدي في الغالب إلى حدوث الإعاقة، هذه الإعاقة تؤدي إلى عزل الفرد وتدن في الدخل وبالتالي زيادة في الفقر ثم زيادة في حدة الإعاقة والآثار المترتبة عليها. (السرطاوي، 2005).

ب. الإعاقة والمرأة :

إن التركيز على المرأة بالدراسة من حيث حملها وإنجابها والتعقيدات الصحية التي تمر بها لا يعني أنها وحدها المعنية بهذه المسائل. فقد أظهرت نتائج الدراسات أن المجتمع بعاداته وتقاليده وثقافته واتجاهاته يؤثر في تشكيل السلوك الإنجابي من خلال الضغوط الأسرية والاجتماعية ويؤثر في العلاقات الزوجية والقرارات الشخصية. إلا أنه وبالرغم من أثر تلك العوامل والمتغيرات، فإن التوجه لفهم الظروف الصحية والاجتماعية والثقافية المحيطة بالمرأة وتعزيز دورها الفاعل في هذه المسائل الحيوية التي تخصها وتخص أسرتها ينعكس بشكل ايجابي على التخفيف من حالات الإعاقة والحد منها (مسح اجتماعي ثقافي حول العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي في سوريا - تقرير غير منشور).

أثبتت الدراسات الميدانية أن الزواج المبكر من خلال التحايل على القانون أو تأجيل تثبيت الزواج إلى فترات لاحقة، ما يزال عادة سائدة في عدد من المجتمعات العربية رغم مخالفة ذلك للشرع والقانون. ومما لا شك فيه أن هذه الممارسة تترك في الغالب آثارا سلبية على صحة المرأة والأبناء وكذلك على الأوضاع الزوجية والعائلية. إن الآثار السلبية للزواج المبكر على الفتاة تظهر بشكل واضح على صحتها بعد الولادة، وقد ينعكس سلبا على صحة الأبناء خاصة إذا تمت الولادة قبل أن تصل الأم إلى سن العشرين، أي قبل أن يكتمل نموها الجسدي وتصبح أكثر صلابة لتحمل تبعات ومسؤوليات الحمل وظروف الولادة القاسية. وبالتالي، فإن الزواج المبكر والولادة المبكرة يعتبران من أكبر العوامل إسهاما في حدوث الإعاقة في الدول النامية والعديد من المجتمعات العربية، هذه المسألة يجب أن تلقى الرعاية والتوجيه اللازمين من خلال التوعية والتثقيف والتأكد من تطبيق تشريعات تحول دون انتشار مثل هذه الممارسات .(Mall, 2001; Ashford ,2004) .

لقد أكدت الدراسات الاجتماعية وجود علاقة عكسية بين مستوى الثقافة وحجم الأسرة. فالثقافة وارتفاع مستوى التعليم وتوفر فرص العمل وارتفاع الأجور تعتبر جميعها

عوامل تساهم في تأخير سن الزواج وتختصر بذلك المدة التي تكون فيها المرأة مستعدة للإنجاب. إضافة إلى ذلك، فإن هذه العوامل تساعد بدون أدنى شك الفتاة إلى التطلع لتحقيق أدوار اجتماعية أوسع وأبعد من الاكتفاء بالدور المحدد بالإنجاب وتربية الأطفال. ومن المؤكد أيضا أهمية ارتفاع مستوى التعليم وارتفاع مستوى الوعي الفكري والثقافي لدى المرأة. فالمرأة التي تمتلك حدا أدنى من الوعي الصحي والفكري يكون لديها بدون شك معلومات صحية أكثر عن الوقاية والمعالجة والغذاء. كما أنها تكون أكثر قدرة على الاستفادة من التقنيات والإجراءات الحديثة المساعدة على تنظيم الإنجاب. وتستطيع في ذات الوقت أن تقدر حجم الأسرة المطلوب وتعمل على تحديد إنجابها للوصول بعدد الأطفال إلى حجم محدد يلائم إمكاناتها المادية وظروفها الصحية والمعيشية. أما في حالة تدني مستوى الوعي الصحي والتعليمي والثقافي، فان تخوف الأمهات من وفيات الأطفال يعتبر عاملا مهما في إجبارهن على إنجاب أكبر عدد من الأطفال تحسبا لحدوث حالات وفاة لدى أطفالهن. وباختصار، فإن مستوى تعليم المرأة يعتبر ذو قوة تأثير فاعلة وقوية على السلوك الإنجابي لديها (مسح اجتماعي ثقافي حول العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي في سورية- تقرير غير منشور).

وفي سياق البحث عن أسباب الإعاقة وعلاقتها بالأوضاع الاجتماعية والأسرية والفقر، فقد كشفت دراسة حديثة نفذتها المؤسسة العربية لحقوق الإنسان في عشر جمعيات تعنى بشريحة المعاقين في مدينتي صنعاء وعدن عن احتياجات ذوي الإعاقة، كشفت عن نوعين من الأسباب: أسباب وراثية، وأخرى بيئية باعتبار أن البيئة هي حصيلة المؤثرات الخارجية التي تلعب دورا مهما في الإعاقة منذ مرحلة الحمل. وأكدت الدراسة انه على الرغم من الوعي الموجود لدى الأسر عن المسببات الوراثية الناتجة عن التزاوج والتصاهر بين أفراد وأقارب العائلة والأسرة الواحدة مما يؤدي إلى توارث بعض العوامل أو الأمراض التي يتوقع أن تفضي إلى إعاقات متنوعة، إلا انها – أي الأسر – لا تستطيع تجاوز ذلك نتيجة للالتزامات و العلاقات العائلية والاجتماعية والاقتصادية التقليدية. هذه الأسباب وغيرها وخاصة حالة الفقر السائدة، إضافة إلى القصور الشديد في الخدمات الصحية المتعلقة برعاية الأمومة والطفولة في المناطق الريفية تضاعف من انتشار الإعاقة وشيوعها.(السرطاوي، 2005).

ثانياً: أسباب ما قبل الولادة : Prenatal Causes

ويقصد بها جميع الأسباب التي تحدث قبل الولادة، أي منذ لحظة الإخصاب إلى مرحلة ما قبل الولادة وتقسم إلى قسمين :

أ. العوامل الجينية:Genetic Factors

ويقصد بالعوامل الجينية تلك العوامل الوراثية، وتعرف الوراثة على أنها انتقال للصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عند عملية الإخصاب حيث تتكون الخلية المخصبة من (23) زوجاً من الكر وموسومات، نصفها من الأب ونصفها الآخر من الأم، حيث يحمل كل كروموسوم (Chromosome) مئات من الجينات (Genes) الوراثية حيث يطلق على التركيب الوراثي للجينات بالتركيب الجيني (Genotype) في حين يطلق على نتاج ذلك التركيب الجيني، اسم التركيب الشكلي (Phenotype) ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أن تلك الجينات وما تحمل من صفات وراثية تأخذ ثلاثة أشكال هي :

- الجينات السائدة : (Dominant Genes) وتعرف الصفات السائدة بأنها قوية وتحمل صفات مرغوب فيها ويكفي وجود جين واحد لظهورها أحياناً.
- الجينات الناقلة : (Carrier Genes) وتعرف الصفات الوراثية على أنها صفات غير مرغوب فيها ولكنها لا تظهر على الفرد.
- الجينات المتنحية (Recessive Genes) وتعرف الصفات الوراثية المتنحية على أنها صفات وراثية مرضية وغير مرغوب فيها ولا بد من توفر جينين متنحيين لظهورها. (الروسان، 2010).

ومن الأمثلة على الإعاقات التي تنتج عن العوامل الجينية (متلازمة داون، وحالات اضطرابات التمثيل الغذائي PKU، وبعض حالات القماءة (Cretinism)، وحالات اختلاف العامل الرايزسي (Rh, Factor) والعامل الرايزسي هو أحد مكونات الدم،حيث يحمل 85٪ من الأفراد هذا العامل بصفة موجبة، ويحمل 15٪ هذا العامل بصفة سلبية، وتحدث المشكلة في حالة اختلاف دم الأم عن دم الأب بحيث يكون أحدهما حامل لهذا العامل بشكل إيجابي والطرف الآخر يحمله بشكل سلبي، وعند الولادة فإن دم الجنين قد ينتقل إلى دم الأم أثناء الولادة، بما أن دم الجنين يختلف عن دم الأم فإن دم الأم ينتج أجساما مضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة مما يؤدي لتلف كريات الدم الحمراء عند الجنين وإصابتها بتميع الدم، وينتج عن ذلك فقر دم واصفرار وحصول تلف في الجهاز المركزي لدى الجنين مما يؤدي لحصول حالة إعاقة لديه مثل الإعاقة العقلية، كما قد يؤدي هذا الوضع لوفاة الجنين، ويمكن تجنب والوقاية من اختلاف هذا العامل بين الزوج وزوجته بفحص دم الأم الحامل ومعرفة نوعه، ففي حالة وجود اختلاف في العامل بين الرجل

وزوجته فإن الأم تعطى لقاح بعد 72 ساعة من الولادة الأولى (حيث لا توجد مشكلة في الحمل الأول) حيث يحتوي هذا اللقاح على مادة (Gamma Globulin) تعمل على وقف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم.

ب. العوامل غير الجينية : Non –Genetic Factors

ويقصد بها العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة في مرحلة ما قبل الولادة، ومن هذه العوامل والأسباب ما يلي :

- **الأمراض التي تصيب الأم الحامل** : ومن أمثلة الأمراض التي تصيب الأم الحامل وتسبب الإعاقة للجنين، إصابتها بمرض الحصبة الألمانية (German Rubella Measles) وتعتبر الحمى أو الحصبة الألمانية من أخطر الأمراض التي تصيب الأم الحامل وخاصة إذا أصيبت بها في الأشهر الأولى للحمل، والحصبة الألمانية عبارة عن مرض فيروسي معد وأعراضه بسيطة تشمل الحمى والبثور، ولأن أعراض الحمى بسيطة فقد لا تشعر بها الأم الحامل وتفاجأ لاحقاً بولادة طفل معاق، تهاجم فيروسات المرض خلايا الجهاز العصبي المركزي والقلب وخلايا العين والأذن، وتعمل على تدميرها، لذا فهي من الأسباب الرئيسية للإعاقات العقلية والبصرية والسمعية، ويمكن الوقاية من هذا المرض الخطير بأخذ لقاحات خاصة ضده للفتيات قبل بلوغ فترة المراهقة، وللنساء قبل وبعد الولادة إذا لم يكن قد حصلن على اللقاح في السابق واللقاح لا يعطى للأمهات الحوامل.

  كما يؤثر مرض الزهري (Syphilis) وهو مرض جنسي يصيب الجهاز العصبي المركزي للجنين ويؤدي للإصابة بالإعاقات الحركية أو السمعية أو البصرية أو العقلية، وقد يؤدي لولادة أطفال ميتين أو مشوهين.

- **التعرض للإشعاعات والأشعة السينية : (X – Ray & Radiations)**: تعرض الأم الحامل للأشعة السينية يعتبر من الأسباب الرئيسية لإصابة الجنين بالإعاقة السمعية أو البصرية أو العقلية أو الحركية أو الشلل الدماغي، واللوكميا (Leukemia) وهو سرطان الدم، كما يسبب التعرض للأشعة السينية تشوهات خلقية لدى الجنين ومنها استسقاء الدماغ وكبر وصغر حجم الدماغ، وقد يؤدي التعرض للأشعة للإجهاض (Abortion)، كما أن التعرض للإشعاعات وخاصة الإشعاعات النووية يؤدي إلى إحداث طفرات وراثية، وتشوهات خلقية كبيرة وحالات السرطان المختلفة، وتعمل

الأشعة السينية على إتلاف الجهاز العصبي المركزي، كما تعمل على انقسام الخلايا بشكل غير طبيعي ، وكلما كانت كمية الإشعاعات التي تعرضت لها الأم الحامل كبيرة كانت الإصابة أشد، كما أن تعرض الأم الحامل في الأشهر الأولى للحمل يعتبر أشد خطراً وأثراً على الجنين.

- **تعاطي العقاقير والمشروبات الكحولية :(Chemical &Drugs & Alcohols)** تعتبر العقاقير والأدوية والمشروبات سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية وغيرها من الإعاقات، ويعتمد الأمر على نوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وحجمها أو كميتها، وخاصة إذا تناولتها الأم الحامل أو اعتادت عليها قبل الحمل، كما تبدو آثارها قبل وأثناء الحمل وبعده،

وتذكر المراجع العلمية، والنشرات الإعلامية قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها :

- الأدوية المهدئة ومنها مادة الثالوميد (Thalidomide) والأسبرين والفاليوم.
- المضادات الحيوية (Antibiotics) ومنها كل المضادات الحيوية التي توصف للمريض والتي تعمل على قصف فيروس المرض الذي يتسبب في العديد من الأمراض والالتهابات.
- الهرمونات (Hormones) ومنها كل المواد الكيميائية التي تعمل على تنشيط الغدد أو إنقاص نشاطها، وخاصة الهرمونات الجنسية، وتلك الهرمونات المتعلقة بنشاط الغدة الدرقية.
- العقاقير والمخدرات ومنها الكوكبين، والهيروين، والمورفين
- الكحول بأنواعها : وتبدو آثار هذه العقاقير والأدوية في العديد من مظاهر النمو غير العادي لدى الأجنة ومنها : الإعاقة العقلية، وحالات صغر أو كبر حجم الدماغ، الإعاقات الأخرى كالإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية أو الشلل الدماغي، الإجهاض أو الولادة المبكرة.

وقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت على الأمهات الكحوليات إلى عدد من الآثار السلبية على نمو أطفالهن في مرحلة الحمل، ومنها تلك الدراسة التي أجرتها فيري (Furey 1982) والتي راجعت فيها عدداً من الدراسات ذات العلاقة وعلى ذلك ظهر مصطلح يدلل على أثر تناول الكحول من قبل الأمهات الحوامل، وهو المصطلح المعروف باسم الأعراض الكحولية للأجنة (Fetal Alcohol Syndrome,

(FAS حيث أشارت الدراسة إلى أن عدد النساء الكحوليات في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى حوالي خمسة ملايين حالة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآثار التالية :

أ. التشوهات الجسمية لدى أطفال (FAS) وخاصة في نمو الفكين والأنف والجلد والقلب، ومشكلات أخرى في النمو الحركي وخاصة مهارات التآزر البصري الحركي.

ب. تدني القدرة العقلية، إذ تتراوح نسب ذكاء 44٪ من هؤلاء الأطفال (FAS) ما بين 50 ـ 83 على مقاييس الذكاء المعروفة مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس بيليه (Bayley Scales).

ج. تزايد معدل الوفيات لدى الأطفال (FAS) : إذ تصل نسبة وفياتهم إلى 17 ٪ مقارنة مع الأطفال العاديين والتي تصل إلى حوالي 2٪.

د. مشكلات واضحة في مظاهر النمو وخاصة في مظاهر الطول، لدى 97٪ من هؤلاء الأطفال (FAS) مقارنة مع الأطفال العاديين أو المجموعة المرجعية.

وتبدو تلك المشكلات المتعلقة بالنمو الجسمي أكثر وضوحاً لدى أطفال الأمهات الكحوليات المدخنات بشكل مزمن (Heavy Smokers). (الروسان ، 2010).

- **تلوث الماء والهواء :(Air & Water Pollution)** تعتبر المياه الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على نمو الجنين، وخاصة إذا ما تعرضت الأم الحامل إلى تلوث واضح في الماء والهواء، وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب تلوث الماء والهواء بالغازات والمواد العادمة ونتاج المصانع الكيماوية، إذ تؤدي تلك المواد إلى نتائج غير مرغوب فيها وخاصة على الجهاز العصبي المركزي للجنين، وقد يترتب على ذلك حدوث شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية وغيرها من الإعاقات الأخرى.

ويعرف الهواء النقي على أنه ذلك الهواء الذي يتضمن نسباً معينة من الأكسجين (78٪) ومن النيتروجين والمواد الأخرى (22٪).

وإذا زادت نسب المواد الأخرى في الهواء مثل ثاني أكسيد الكربون وبخار الزئبق والرصاص والكبريت فإن ذلك يؤدي إلى مشكلات في الجهاز التنفسي للأم الحامل ونقص نسبة الأكسجين الذي يصل إلى الجنين مما يؤدي إلى مشكلات متعددة للجنين تتمثل في الإعاقة العقلية والإعاقات الأخرى أو الوفاة أحياناً.

كما يعرف الماء النقي بأنه ذلك الماء الصالح للشرب والذي لا طعم لـه ولا لـون ولا رائحة، وتقل فيه نسبة المواد الملوثة مثل : المواد العضوية والطبيعية والـصناعية والمبيـدات. . الخ وتعتبر المواد الملوثة للمياه مصدراً من مصادر إصابة الأم بـالأمراض ومـن ثـم انتقالهـا بطريقة ما إلى الجنين ممـا يـؤدي إلى حـدوث حالـة مـن حـالات الإعاقـة للجـنين أو فرصـة للأمراض الفيروسية. (الروسان،2010).

ثالثاً: الأسباب أثناء الولادة : (Per natal Causes)

هي تلك الأسباب التي تحدث أثناء عملية الولادة، حيث تـؤدي إلى حـدوث حـالات الإعاقة المختلفة ومن هذه الأسباب : ـ

- **نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia)** : يعتبر نقص الأكـسجين لـلأم الحامل والجنين أثناء عملية الولادة من أهم العوامل التي تؤدي إلى أشكال متعددة من الحالات غير المرغوب فيها سواء أكان ذلك للأم نفسها أو للجنين حيث يؤدي ذلـك إلى إحداث تلف في الخلايا الدماغية، حيث لا يقـوم الـدماغ بعملـه إلا بعـد تزويـده بكميات كافية من الأكسجين والغذاء ولهذا الـسبب تـزود الأم أثنـاء عمليـة الـولادة بكميات كافية من الأكسجين تجنباً لنقصه، وقد تتعدد الأسباب الكامنـة وراء نقـص الأكـــسجين أثنـــاء عمليـــة الـــولادة لـــدى الجـــنين ومنهـــا تـــسمم الجـــنين (Toxemia) أو انفصال المشيمة (Placental Separation) أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الـولادة مثـل هرمـون (Oxytocin) ومنها التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين.

ومن المعروف عملياً أن الدماغ وخاصة القشرة الدماغية (Cortex) بحاجة إلى كميات كافية من الأكسجين والغذاء وبـشكل مـستمر ومناسـب، وأي نقـص لهـذه الكميـات الكافية من الأكسجين قد تؤدي إلى إحداث تلف في المراكز العصبية مما قد يترتب عليه حالة من حالات الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات أو الوفاة ويعتمد الأمر علـى الزمن الذي ينقطع فيه الأكسجين عن الدماغ.

ولهذه الأسباب مجتمعة تنصح الأمهات بالولادة في المستشفيات المجهزة بكـل الأجهـزة والأدوات اللازمة للأم وللجنين أثناء عملية الولادة، هذا بالإضافة إلى تـوفر الأطبـاء المختصين في الولادة الذين يتخذون القـرار المناسـب في الوقـت المناسـب وخاصـة في حالات صعوبات عملية الولادة بسبب من ضيق عنـق الـرحم أو وضـع الجـنين، ممـا

يضطر الطبيب إلى إجراء عملية ولادة قيصرية (Sezurian) لإنقاذ الأم وطفلها.

- الصدمات الجسدية (Physical Trauma): حيث أن تعرض الجنين أثناء عملية الولادة لأي كدمات جسدية أو صدمات على غرار استخدام ملقط عملية الولادة لسحب الجنين في حالة تعسر الولادة، ووجود صعوبة في الولادة نتيجة لكبر رأس الجنين مقارنة مع صغر عنق رحم الأم، إن مثل هذه الكدمات تؤدي لإصابة الجهاز العصبي المركزي وتؤثر على قشرة الدماغ مما يترتب عليه حدوث إعاقة ما لدى الجنين.

رابعاً : مجموعة أسباب مرحلة ما بعد الولادة (Postnatal Causes)

ونعني بها مجموعة الأسباب التي تحدث بعد ولادة الجنين، وتشمل هذه المجموعة أسبابا كثيرة، ولها أثر كبير على حدوث الإعاقة لدى الطفل السليم ومن هذه الأسباب :-

- سوء التغذية (Malnutrition) : حيث إن من الجنين بحاجة إلى تغذية شاملة تشتمل في محتوياتها على جميع العناصر الرئيسية التي يحتاج الجسم للنمو وخاصة الدماغ، إذ يجب أن يحتوي الطعام على العناصر الغذائية الرئيسية وتشمل هذه العناصر البروتينات والكربوهيدرات والفيتامينات والأملاح المعدنية ، وفي حالة حدوث نقص في واحد من هذه العناصر فإن ذلك يؤثر سلباً على النمو الطبيعي للطفل وبالتالي حصول مشاكل صحية وإعاقات متنوعة.
- الحوادث والصدمات (Physical Trauma): وهي الحوادث التي يتعرض لها الطفل بعد الولادة وتشمل حوادث السيارات والصدمات التي يتعرض لها الرأس بشكل مباشر ، وتؤدي لإصابة الدماغ وبالتالي فإن طبيعة مكان الإصابة في الرأس وقوتها تحدد طبيعة الإعاقة وشدتها.
- الأمراض والالتهابات (Diseases & Infections): وتعتبر والأمراض التي يتعرض لها الطفل وهو صغير من الأسباب التي تؤدي لحدوث إعاقة لديه، ومن أمثلة هذه الأمراض الحصبة الألمانية، مرض النكاف والجدري والتهاب السحايا والتهاب الدماغ، ويمكن تفادي هذه الأمراض الخطرة بأخذ اللقاحات الخاصة بكل مرض.
- عسر الولادة : يعد عسر الولادة أحد أكبر المخاطر المحتملة على صحة الأم والجنين حيث يحدث في حالة واحدة من بين كل ست حالات ولادة طبيعية. فبالإضافة إلى كونه يسبب حالة من الخوف والرعب للأم الحامل وخاصة في الطفل الأول، فانه في

ذات الوقت يسبب إصابات مؤكدة لكليهما خاصة في حالة غياب الرعاية الطبية الملائمة. إن أكثر النساء عرضة لعسر الولادة أولئك اللواتي لم يكتمل بناءهن الجسدي، كصغيرات السن أو ممن يعانين من خلل عضوي في الحوض. وفي حالة اللجوء إلى الولادة القيصرية فإنه يتوقع أن تعاني الأم من آلام، وفي بعض الحالات الشديدة يتسبب ذلك بانفجار الرحم في أية حمل لاحق مما يؤدي إلى وفاة الجنين أو إصابته. وأخيرا فان عسر الولادة لا يؤثر على الجنين فحسب وإنما يضر المرأة بشكل مباشر. فهو يؤثر على خصوبة المرأة وحدوث إصابات في الجهاز العصبي مما يؤثر لاحقا على عملية المشي. (Tsui, 1997).(السرطاوي، 2005).

- ارتفاع ضغط الدم: تعاني 6٪ من النساء الحوامل من ارتفاع في ضغط الدم، وبالتالي فإنه يتوقع أن يتأثر الجنين بشكل مباشر بهذه الإصابة بسبب عدم حصوله على التغذية المناسبة أو إصابة الجهاز العصبي المركزي أو فشل في الجهاز التنفسي أو التسمم. وبالإضافة إلى هذه المخاطر، فإنه يتوقع أن تتعرض حياة الأم والجنين سويا إلى الخطر أو الإصابة والمعاناة في أفضل الحالات (Ashford, 2004).

وعلى الأغلب، فان إصابة الأم سوف تخلف آثارا سلبية شديدة على أسرتها والمجتمع ككل لما يحدثه ذلك من تغيرات في الأسرة ومسؤولياتها ونفقاتها ووضع الأسرة الاقتصادي (Ashford, 2004) . ومن هذه الآثار ما يلي :

- تؤثر مصاريف العلاج الطبي للأم على مستوى الاستهلاك الاقتصادي للأسرة وتقلل من مدخراتها.
- تؤثر عدم قدرة الأم على الإنتاج على مصدر رزق الأسرة مما يستوجب عمل الأطفال ودخولهم سوق عمالة الأطفال.
- يعاني أطفال الأمهات المريضات من سوء في التغذية وتردي الحالة الصحية والنظافة.
- يضطر الأطفال الأكبر سنا وخاصة الفتيات إلى التخلي عن الدراسة للقيام بدور الأم.
- يعاني الأفراد من مشكلات نفسية من مثل الإحباط أو الشعور بالعزلة والوحدة.

وللتغلب على الآثار المترتبة على إصابة الأم والجنين، فانه لابد من التفكير الجدي في تفعيل إجراءات التدخل العلاجي والوقائي المبكر لما له من آثار إيجابية في الحد من

تأثير تلك المسببات. فتدهور صحة الأم الحامل له آثار سلبية جمة على الطفل أولا ثم على إنتاجية المرأة وقدرتها على الإنجاب (Ashford, 2004). ويشمل التدخل الصحي على سبيل المثال:

1. إجراء عمليات جراحية، ونقل دم، وذلك بهدف التغلب على مضاعفات مثل ارتفاع الضغط وفقر الدم.
2. توفير طاقم طبي مدرب وأجهزة وتسهيلات ومعدات طبية ونظام إحالة فعال وإشراف جيد.
3. تيسير نقل الأم الحامل عند حدوث أية مضاعفات إلى مراكز الرعاية الصحية القريبة في أسرع وقت ممكن.
4. توفير رعاية طبية ملائمة بعد الولادة أو الإجهاض وذلك لحل المشكلات المترتبة على النزيف والالتهابات أو تلف بعض أعضاء الجسم التي تحدث عادة بعد الولادة أو الإجهاض غير الآمن.
5. تدريب الأمهات الحوامل على الولادة في مرحلة مبكرة من الحمل.
6. تشجيع المرأة الحامل على زيارة الطبيب على الأقل 4 مرات في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل. وقد تتولى مراكز الرعاية الصحية المجتمعية هذا الدور وتقوم بزيارات منزلية للأمهات الحوامل.
7. تثقيف النساء بالعادات الصحية السليمة والغذاء المناسب، بالإضافة إلى تزويدهن ببعض الفيتامينات. وكذلك توعية الأمهات الحوامل بالمؤشرات التي يجب الانتباه إليها لتفادي أية مضاعفات وكيفية التصرف عند الطوارئ. كما يجدر توجيه المرأة لتناول الأغذية السليمة حتى لو كانت الموارد الأسرية محدودة.فسوء تغذية المرأة الحامل ونقص الفيتامينات سيقلل من مقاومتها للأمراض والالتهابات وارتفاع الضغط وإصابتها بأمراض أخرى غير محددة . (السرطاوي، 2005)

- **حوادث الطرق** : تشكل حوادث الطرق نسبة عالية من الوفيات والإعاقة خاصة بين الشباب وتشير الإحصائيات إلى وفاة 700,000 نسمة سنويا في العالم من جرائها. تنتج معظم هذه الحوادث عن عدم الالتزام بالسرعة المقررة وعدم المبالاة والإهمال في القيادة وصيانة السيارات. وعن الأسباب الحقيقية لحوادث المرور، غياب الثقافة المرورية وعدم الوعي بالقوانين المرورية (منظمة الصحة العالمية).

فقد أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن حوادث الطرق ستحتل المرتبة الثالثة في عام 2020 في قائمة منظمة الصحة العالمية للأسباب الرئيسية للأمراض والإصابات في العالم، بدلا من المرتبة التاسعة التي كانت تحتلها عام. 1990 وأكدت المنظمة أن عدد حالات الوفاة التي أسفرت عن حوادث الطرق عام2002 بلغت لحو 18ر1 مليون حالة وفاة على المستوى العالمي، إضافة إلى ما بين 20 و50 مليون إصابة، وحدثت خمسة ملايين حالة عجز دائمة. وإذا استمرت هذه المعدلات في الارتفاع، فسيتضاعف معدل الوفيات والإعاقة الناتجة عن إصابات حوادث الطرق بنحو 60٪ في المستقبل متفوقة في ذلك على بعض الأمراض المستعصية. وتؤكد منظمة الصحة العالمية أيضا والبنك الدولي أن حوادث الطرق تعد السبب الثاني من بين الأسباب الرئيسية للوفاة بين سكان العالم، وذلك في المرحلة العمرية من 5 إلى 29 سنة. كما أن حوادث الطرق عامة تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة لما بين 20 إلى 50 مليونا شخص على صعيد العالم كله. وما لم تتخذ إجراءات فورية، فان من المتوقع بحلول عام 2020 أن تزداد نسبة الوفيات الناجمة من حوادث الطرق، بنحو 80٪ في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

(منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، يوم الصحة العالمي 2004).

وعلى الصعيد الإنساني فإن ما يتعرض له الفرد المصاب أو أسرته أو مجتمعه نتيجة لحوادث الطرق وما يترتب على الإصابة من آثار اجتماعية ونفسيه وصحية، يجعل من الضروري الإسراع في توفير الخدمات الملائمة. ولا تتوقف الآثار المترتبة على الإصابة على النواحي الصحية أو الاجتماعية أو النفسية فحسب، بل تتعداها إلى النواحي الاقتصادية. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، تقدر تكلفة الإصابات الناجمة عن حوادث الطرق بنحو 65 مليار دولار، أي ما يفوق كل ما تحصل عليه هذه البلدان من معونات إنمائية. كما تكلف الإصابات هذه البلدان مابين 1٪ وبين 2٪ من إجمالي الناتج القومي أي حوالي 518.مليار دولار سنويا (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط: يوم الصحة العالمي 2004)

- الإصابات الرياضية وغيرها : تشمل الكسور، والجروح، والتقلصات والتمزقات العضلية، والإصابات الدماغية، وتهتك الأعضاء الداخلية. وقد تعود بعض هذه

الإصابات إلى الانزلاق والسقوط أو الصعقات الكهربائية، أو تناول المواد الكيماوية كالمطهرات والمنظفات والمبيدات الحشرية، مما يؤدي إلى إصابة الدورة الدموية والجهاز التنفسي. وقد تؤدي الحالات الشديدة من هذه الإصابات إلى تعرض الأفراد لإعاقات دائمة. (السرطاوي، 2005)

- الحروب : يعتبر الأطفال من أكثر الفئات تعرضا لمخاطر وآثار الحروب الأهلية، فهم إما يتعرضون للقتل أو الإعاقة أو التشرد عن منازلهم أو الانفصال عن ذويهم. بيد أن الآثار الواقعة على الأطفال في الحروب تفاقمت بتدريب الأطفال وتشجيعهم أو إجبارهم على المشاركة في المعارك كجنود فعليين. ففي عام 1988 تم تقدير عدد الأطفال المشاركين في الحروب الأهلية بنحو 200،000 طفل. وفي عام 1995م ارتفع هذا العدد ليصل إلى 300،000 طفل، حيث تستخدمهم الجيوش النظامية للقيام بكافة أنواع الأعمال كالطهاة، أو المحاربين أو الجواسيس أو كأدوات للكشف عن الألغام. . الخ.

فعلى سبيل المثال فانه يطلق على الحرب الأهلية التي دارت في سيراليون بحرب الأطفال وذلك نظرا لأن معظم المحاربين من الجانبين كانوا من الأطفال. أما في راواندا فقد رصدت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف عام 1995) حالات لأكثر من 3000 طفل تعرضوا لإصابات شديدة خلال عمليات التطهير العرقي التي جرت عام 1994م.

ونتيجة للحروب بشتى أشكالها وأنواعها وما يترتب عليها في بعض الأحيان من وفاة أو إصابة معيل الأسرة يضطر الطفل الأكبر للقيام بدور الأب في إعالة الأسرة وتوفير الحدود الدنيا من مصادر المعيشة الأساسية. وقد قدرت منظمة العفو الدولية عدد الأطفال الذين يقومون بإعالة أسرهم بنحو 6.000 طفل ثلاثة أرباعهم من الفتيات. أما في حالات اللجوء أو النزوح الناتجة عن الحروب وغيرها من الكوارث البيئية، فان الأطفال يعتبرون أكثر عرضة للإصابة بسبب عوامل عديدة منها سوء التغذية، والإصابة بالأمراض والالتهابات.(السرطاوي، 2005).

البدائل التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة

مرت برامج التربية الخاصة بعدد من التطورات خلال المائة الأخيرة من حيث طرق وأساليب تقديم الخدمات التربوية المختلفة ويشير (القمش والمعايطة، 2011) إلى هذا التطور حيث بدأت على شكل مراكز الإقامة الدائمة ثم جاءت مراكز التربية الخاصة النهارية، ثم اتجهت برامج التربية الخاصة نحو صورة أكثر تطوراً برزت في برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية والتي جاءت تلبية للدعوات بدمج الطلبة المعاقين مع الطلبة العاديين مع توفير برامج وأنشطة ومناهج ومواد تعليمية خاصة بهم، وبذلك كانت تلك الصفوف مرحلة أولى نحو برامج أكثر تطوراً وأحدثها من حيث التطور التاريخي لبرامج التربية الخاصة (البدائل التربوية) وهو يقبع في قمة التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة، حيث يبدأ من البدائل الأكثر تقييدا للبيئة وهي مراكز الإقامة الكاملة وينتهي بالبيئة الأقل تقييداً وهي الدمج الاجتماعي، والذي يمثل الهدف الأسمى للتربية الخاصة.

(تنظيم يحتوي)

1. مراكز الإقامة الكاملة (الأكثر تقييداً)
2. مراكز التربية الخاصة النهارية
3. الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية
4. الدمج الأكاديمي
5. الدمج الاجتماعي (الأقل تقييداً)

وتجدر الإشارة هنا إلى أن برامج التربية الخاصة لم تبق تراوح مكانها حسب ما تم ذكره أعلاه بل استمرت في مواكبة التطورات الأكاديمية والاجتماعية والقانونية، وقد ظهر ذلك جلياً في بيئات التعلم حيث كانت التغيرات التعليمية كبيرة جداً.

وتشير إلى بعض البيئات التعليمية العامة بدءاً من أسفل الشكل فإن اتساع كل مقطع من الشكل يمثل عدد الأطفال المحتاجين لهذه البيئة الخاصة حتى الوصول إلى القمة، والذي هو تلقي الخدمة في الصف العادي والذي يشير إلى هدف هذه الفلسفة وذلك بالوصول إلى وضع الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة أقرب ما تكون للبيئة التربوية العادية المحيطة بهم، لتمكينهم من إتقان المحتوى والمهارات المطلوبة، حيث إن هؤلاء الأطفال الذين من الممكن تعليمهم في غرف المصادر لا يتم إدراجهم في الصفوف الخاصة والذين يتعلمون

بشكل جيد من خلال المعلم المتنقل قد لا يحتاجون إلى خدمات غرفة المصادر وهكذا. .، إن هدف التربية الخاصة هو وضع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في البيئة الأقل تقييداً ما أمكن ذلك

(تنظيم يحتوي)

1. خدمات البيت أو المستشفى (الأكثر تقييداً)
2. المدرسة أو المركز الداخلي
3. المدرسة الخاصة النهارية
4. الصف الخاص
5. غرفة المصادر
6. المعلم / الأخصائي المتنقل
7. الصف العادي / المعلم المستشار (الأقل تقييداً)

ونستعرض فيما يأتي بشيء من التفصيل هذه البدائل التربوية السابق ذكرها

1. الخدمات التي تقدم في البيت او المستشفى: Hospital and Home Service

ويقصد بها تقديم الخدمة للطالب ذي الحاجة الخاصة التي لا تسمح له حالته الصحية القدوم للمدرسة حيث يتم تخصيص معلمين متنقلين يقومون بزيارات هؤلاء الطلاب في المستشفى أو المنزل ويقومون بتعليمهم وذلك حتى لا يتم حرمانهم من متابعة دراستهم.

2. مدارس ومراكز الإقامة الدائمة : Residential School Centers

وهي من أقدم برامج التربية الخاصة وفيها يتم تقديم خدمات إيوائية وصحية وتربوية واجتماعية للطالب من ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد تعرضت هذه المراكز إلى عدد من الانتقادات من أهمها :

- أن هذه المراكز تعمل على عزل الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية الاجتماعية.
- تدني مستوى الخدمات وخصوصاً الصحية والتربوية في مثل هذه المراكز
- تلصق هذه المراكز بالطالب من ذوي الاحتياجات الخاصة وصمة (Stigma) تتمثل بعزلته عن أقرانه العاديين وحرمانه من أن يكون عضواً فاعلاً في مجتمعه المحيط به.

جدير بالذكر أن مثل هذه المراكز تقصر خدماتها على الأطفال من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة.

3. المدرسة النهارية الخاصة Special Day School

في هذا النوع من المدارس يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدار نصف اليوم تقريباً وهي مشابهة في أوقات دوامها للمدارس العادية، وهي تختص في تقديم الخدمات لذوي الإعاقات العقلية والمعوقين وذوي الإعاقات المتعددة، وتجدر الإشارة إلى أن هذه المدارس ظهرت كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، غير أن هذه المدارس لها مزايا وعليها انتقادات ومن مزاياها ما يلي:

- توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين.
- تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي جو أسري طبيعي.
- تقدم خدمات صحية للأطفال المعوقين.

ومن الانتقادات الموجهة لهذه المدارس أنها :

- قد تقام في أماكن معزولة وبعيدة عن التجمعات السكانية (كما كان سابقاً)
- قد تعاني من قلة عدد الأخصائيين المؤهلين الذين يشرفون عليها.

وكنتيجة لهذه الانتقادات تم توفير ما يسمى (بالمعلم المستشار) أو (المعلم الزائر) والذي تتمثل مهمته في مساعدة معلمي التربية الخاصة في هذه المدارس على حل المشكلات التي قد تحدث والمتعلقة بالجوانب التربوية والاجتماعية للطلاب من ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يتلقون الخدمات في هذه المدارس.

4. الصف الخاص الملحق بالمدرسة العادية: Special Class with Regular School

نتيجة للانتقادات العديدة التي تم ذكرها سابقاً عن مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو فئات ذوي الاحتياجات الخاصة من الاتجاهات السلبية إلى الاتجاهات الإيجابية ظهر هذا النوع من الصفوف ويمكن تحديد نوعين من هذه الصفوف وهما :

أ. صفوف خاصة بدوام جزئي (Part-Time Special Class) : حيث يقوم معلم الصف الخاص بتقديم الخدمات المناسبة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن

برامج المدرسة العادية، إذ يتلقى الطلبة برامج تعليمية في الصف العادي بالإضافة للبرامج التعليمية في الصف الخاص.

ب. صفوف خاصة بدوام كلي : (Class Self-Contained Special) : حيث يتلقى الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة تعليمهم في هذه الصفوف طوال اليوم الدراسي وتعتبر هذه الصفوف مناسبة للحالات الشديدة والمتعددة، وتظهر مزايا هذه الصفوف في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية، كما تتيح فرصة للتفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال العاديين والأطفال من وذي الاحتياجات الخاصة.

5. غرفة المصادر: (Resource Room)

وهي غرفة صفية تخصص في المدرسة لتقديم الخدمات التربوية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، يتلقى الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة الملتحقين بغرف المصادر حصصاً معينة في الجوانب التي يظهرون فيها مشكلات وفق جدول محدد، ويتلقون الحصص الأخرى في الصف العادي، ويقوم بالتدريس في غرفة المصادر معلم مختص في التربية الخاصة يتشاور بشكل دائم مع المعلم العادي ويقومان معاً بتصميم البرنامج المناسب للطالب، ولقد ظهرت غرفة المصادر نتيجة لعدم قبول الصف الخاص كبديل للتربية العادية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وللسماح لهم بتلقي تعليمهم مع أقرانهم العاديين لأقصى درجة ممكنة وتلقي خدمات التربية الخاصة بنفس الوقت، ويمكن تصنيف غرفة المصادر إلى أنواع رئيسية هي:

- غرفة المصادر الفئوية: وهي التي يحول لها الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة حسب التصنيف المحدد.
- غرفة المصادر متعددة الفئات : وهي الغرف التي يحول لها الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بناءً على احتياجاتهم الخاصة بدلاً من التصنيف.
- غرفة المصادر اللافئوية: وهي الغرف التي يوضع فيه الطلبة ضمن أي من تصنيفات التربية الخاصة.

6. المعلم الأخصائي المتنقل : (Itinerant Teacher)

وهو معلم يقوم بتقديم الخدمات لعدد من المدارس بحيث يقوم بالتنقل بينهم وذلك في منطقة تعليمية محددة، بحيث يقوم بزيارة الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل

دوري وكلما دعت الحاجة لذلك، بهدف تقديم المشورة والنصيحة التعليمية، وعليه فإن الأطفال يقضون معظم وقتهم في الصفوف العادية ويتم استدعاؤهم من الغرف الصفية العادية لفترات محددة وقصيرة جداً، ومن الأمثلة على هؤلاء المعلمين: مدرسو القراءة العلاجية، معالج النطق، الباحثون الاجتماعيون، المختصون بصعوبات التعلم.

7. المعلم المستشار: (Consultant Teacher)

وهو معلم مختص في التربية الخاصة يقدم خدمات للطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة غير مباشرة وعن طريق مساعدة معلمي الصفوف العادية، الذين يعملون بشكل مباشر مع الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال تقديم استشارات تشمل اختيار أدوات القياس وتحديد النشاطات التعليمية واستراتيجيات ضبط وتعديل السلوك.

الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

لا يحتاج الطفل في نموه إلى مجرد الحصول على الطعام والشراب والهواء بل يحتاج إلى جانب ذلك إلى تهيئة الجو العاطفي والانفعالي السليم الذي يدعم شخصيته، وإن كان هذا ضروريا بالنسبة للطفل العادي فإنه واجب بالنسبة للطفل غير العادي من ذوي الاحتياجات الخاصة وقد أشار (الأول، 1999) إلى بعض هذه الحاجات التي ينبغي إشباعها لتدعيم نمو هؤلاء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا الحاجات وهي:

1. الحاجة إلى الحب Need for Love

تعتبر الحاجة إلى الحب من أهم الحاجات الضرورية اللازمة لبناء شخصية الإنسان بصورة سوية، وتتكون هذه الحاجة من عنصرين يصعب بنهما وهي الرغبة في الود مع الآخرين، وكذلك الرغبة في الحصول على مساعدة وحماية وتدعيم شخص آخر أو جماعة أخرى وترتبط بهذه الحاجة (الحب) حاجة الطفل إلى الشعور بالأمان وبالتالي فإن هناك أشياء كثيرة يمكن للآباء والمربين تدعيم تلك الحاجة لدى الأطفال ومن أهمها :ـ

- تقبل مشاعر الأطفال.
- يجب أن يتصف الآباء بتقبل سلوكيات أطفالهم.
- يجب أن يشعر الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة بحب الآخرين لهم.
- عدم التكلف من مصاحبات الحب والحنان.

- مراعاة الظروف الخاصة والاجتماعية للأطفال وكذلك ظروفهم الاجتماعية.
- يجب على الآباء والمربين إلا يضيفوا إلى ما لدى الطفل المعاق. الشعور بمزيد من المآسي بل يجب معاملته بصورة متساوية مع ذويه وتعويده بقدر الإمكان الاعتماد على نفسه والاستقلال التدريجي عن الآخرين.

2. الحاجة إلى الانتماء Need for belonging

المرء في حاجة إلى أن يشعر بأنه فرد في مجموعة، تربطه بهم مصالح مشتركة تدفعه إلى أن يأخذ ويعطي وإلى أن يلتمس منم الحماية والمساعدة كما أنه في حاجة إلى أن يشعر بأنه يستطيع أن يمد غيره بهذه الأشياء في بعض الأحيان.

وتنمو هذه الحاجة عند الطفل منذ الشهور الأولى من مولده، فالألفة التي تخلقها المحبة داخل الأسرة تنقلب إلى ولاء لهذا المجتمع الصغير، ثم تنتقل الحاجة إلى الانتماء للجماعات الأخرى التي يجد فيها الطفل إشباع حاجته إلى الأمن العاطفي.

ولكن في بعض المواقف الأسرية قد ينمو الأطفال في ظروف تكون فيها مواقف الآباء أو الاتجاهات نحو الآخرين متسمة بالإهمال أو النبذ أو الشك خاصة مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مما يستأهل وجود البرامج الإرشادية الأسرية الموجهة للآباء والأمهات وكذلك للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

وقد تُظهر نقص الحاجة للانتماء لدى الطفل (غير العادي) بطريقة أكثر عمقاً ويحس بشعور بأنه غير مرغوب أو مهمل أو منبوذ، مما يستأهل معه تقديم المساعدة لهؤلاء الأطفال حتى نوفر لهم جواً أسرياً يساعدهم إلى الإحساس بالانتماء وأنهم مرغوب فيهم حتى نزرع في قلوبهم الإحساس بالأمان والأمن الداخلي.

3. الحاجة إلى التقبل الاجتماعي Social acceptance

ترتبط بالحاجة إلى الانتماء إلى الجماعة، وتشير دراسات سيكولوجية الطفل غير العادي أن الحاجة إلى التقبل الاجتماعي عند الأطفال المتخلفين عقليا أعلى منها عند الأطفال العاديين، (Stevenson & Cruse , 1972) وعند المتخلفين عقلياً نزلاء المؤسسات الاجتماعية أعلى منها عند المتخلفين عقلياً الذين يعيشون مع أسرهم، ولقد فسر الباحثان هذه النتيجة بالحرمان الاجتماعي الذي يعيش فيه المتخلفون عقلياً بصفة عامة، ونزلاء المؤسسات بصفة خاصة، فالطفل المعاق عقلياً يشعر بعدم التقبل الاجتماعي في البيت والمدرسة ومع أصحابه، مما يجعله يسعى للحصول على التقبل الاجتماعي، ويظهر هذا في

تأثره بتشجيع الآخرين وتأييدهم له، ففي دراسة جرين (Green) وجد أن المتخلفين عقلياً يثابرون في العمل، ويستميتون في بذل الجهد بالتدعيم الاجتماعي، أي عندما يشعرون بالتقبل من المدرسين والمشرفين عليهم، وقد وجد جرين أن نزلاء المؤسسات يتأثرون بالتدعيم الاجتماعي أكثر من المتخلفين عقلياً الذين يعيشون مع أسرهم.

4. الحاجة إلى الانجاز Need for Achievement

أشار ماكليلاند ومساعدوه (McClelland et al) إلى أهمية الحاجة إلى الإنجاز في حياة الإنسان وربطوها بالذكاء (علاقة طرديه) بمعنى أنه كلما زاد الذكاء زادت الحاجة إلى الإنجاز، إلا أن الدراسات بعد ذلك أشارت إلى ارتباط الحاجة للإنجاز بظروف التنشئة الاجتماعية أكثر من ارتباطها بالذكاء، فقد تفوق أطفال الأسر الغنية ثقافياً واقتصادياً واجتماعياً على أطفال الأسر الفقيرة المتخلفة عقلياً، ومن هنا افترض كثير من الباحثين أن تكون الحاجة إلى الإنجاز عند المتخلفين عقلياً أقل منها عند أقرانهم منها عند أقرانهم العاديين لأن معظمهم يأتون من أسر متخلفة ثقافيًا لا تنمي الحاجة للإنجاز عندهم وقد تأكدت صحة هذا الفرض في دراسات كثيرة... (دراسة تولمان وستفنس 1975) 1975(Tolman) &Stevenson على مجموعتين من المتخلفين عقلياً بالمؤسسات : مجموعة يرجع تخلفها إلى عوامل أسرية Familial retarded children ومجموعة يرجع تخلفها إلى عوامل عضوية Organie retared children، وجد أن المجموعة الأولى قد تفوقت على الثانية في الحاجة إلى الإنجاز، ووجد أيضاً أن الحاجة للإنجاز قد تأثرت عند المجموعتين بمدة الإقامة في المؤسسات، وتبين دراسة كوخ وماكميلان 1976، (Keogh &McMillan, 1976) أن حالات التخلف العقلي البسيط القادمة من أسر متخلفة لا تجد التشجيع الكافي لتنمية الحاجة إلى الإنجاز، مما يجعلها تعمل بكفاءة أقل من وسعها، وهذا يعني إمكانية تنمية هذه الحاجة عند هذه الفئة بتحسين ظروف تنشئتها ورعايتها.

5. الحاجة للشعور بالكفاءة Need of competence

أشار هوايت White إلى أن الشخص العادي يجاهد من أجل أن يكون أهلاً للمسؤولية، وأن يكون مؤثراً فيمن حوله، وأشار هارتز وزيجلر (Harter& Zigler,1974) إلى أن تمكن الشخص من العمل الذي يقوم به يشعره بالسعادة خاصة عندما يشعر بتحدي العمل لقدراته، وإشارات إلى تفوق العاديين على المتخلفين عقلياً في إثبات الكفاءة والأهلية، بسبب مجاهدة العاديين من أجل الوصول إلى النجاح، وخوف المتخلفين عقلياً من

الفشل، ففي دراسة هارتز زيجلر (1974)، على ثلاث مجموعات مجموعة من العاديين وثانية من المتخلفين عقلياً يعيشون مع أسرهم، وثالثة من المتخلفين عقلياً نزلاء بالمؤسسات الاجتماعية، وجد أن العاديين أعلى من المتخلفين عقلياً في السعي للتأثير في الآخرين، ووجد أيضاً أن المتخلفين عقلياً الذين يعيشون مع أسرهم أعلى من الذين يعيشون في مؤسسات في هذه الناحية، وفسر الباحثان هذه النتائج بافتراض أن تكرار تعرض المتخلفين عقلياً للفشل والإحباط يجعلهم سلبيين وأن إيداعهم في مؤسسات اجتماعية يجعلهم أكثر مطاوعة وخضوعاً ويضعف رغبتهم في إثبات كفاءاتهم.

المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:

مع أن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة كفئات أو أفراد يختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بخصائصهم الشخصية الانفعالية والاجتماعية إلا أنهم يتشابهون في بعض الخصائص والحاجات، وفيما يلي عرض لأهم المشكلات والاحتياجات الإرشادية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة كما وردت في أدبيات إرشاد الفئات الخاصة والتي يحتاجون فيها إلى مساعدة.

1. ضعف الدافعية.
2. التردد وعدم المشاركة في الإجراءات والبرامج العلاجية والتأهيلية.
3. الاكتئاب.
4. تصور جسمي مشوه.
5. مفهوم ذات سلبي.
6. فقدان الضبط الذاتي.
7. فقدان مصادر المكافأة والمتعة.
8. فقدان الاستقلال الجسمي والاقتصادي.
9. الصعوبة في تقبل الإعاقة والتكيف لها.
10. عدم القدرة على تيسير البيئة.
11. الاعتمادية على الآخرين في المجالات الطبية والنفسية ولاجتماعية والاقتصادية.
12. الاضطرابات في الأدوار الاجتماعية والمهنية.

13. تغير ديناميات وعلاقة الأسرة.
14. الاضطرابات في الحياة الاجتماعية.
15. الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة.
16. الرفض والعزلة الاجتماعية.
17. فقدان أو نقص المهارات الاجتماعية المناسبة.
18. انخفاض في النشاط الجنسي. (الصمادي، 1999 :Gapuzzi Gross 1997)

التكيف مع الإعاقة:

يواجه الفرد المعوق عددًا كبيرًا من مصادر الضغوط التي تتطلب منه القيام باستجابات للتكيف مع حالة الإعاقة التي يعاني منها والعيش بسلام في المجتمع ويمكن التمييز بين ثلاثة أنماط من الاستجابات لحالة الإعاقة ومنها:

1. الاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف)(Fragmenting failure)
2. استخدام وسائل الدفاع الأولية (Defending anxiety)
3. استجابات التعايش أو التعامل مع الإعاقة وتحريها (Coping challenge)

1. الاستسلام:

يعني الاستسلام والخضوع للإعاقة بأن الفرد المعوق قد وصل إلى حالة من اليأس لا يتمكن معها القيام بأية استجابات تكيفيه إيجابية، إذ يعتبر نفسه سيء الحظ وأن الإعاقة التي يعاني منها سوف تجعله قاصرًا في أداء أية مهمة مطلوبة منها والفرد المعوق الذي تتكون لديه حالة من الاستسلام والخضوع للإعاقة لا يحاول القيام بسلوكيات من شأنها أن تساعده في التغلب على المشكلات المرتبطة بنوع إعاقته بشكل محدد وإنما يعاني بدلاً من ذلك من مشاعر الإحباط والاكتئاب ويحمل اتجاهات سلبية نحو الآخرين ويعزو فشله في تحقيق أهدافه إلى إعاقته. . وهؤلاء الأفراد بحاجة إلى خدمات الإرشاد النفسي والتعامل مع مشكلاتهم بشكل مباشر حتى يمكن لهم الاستفادة من البرامج التربوية والتأهيلية. ..

2. استخدام وسائل الدفاع الأولية

وهي عبارة عن نمط الاستجابات التي قد يلجأ إليها الأفراد المعوقين للتخفيف من معاناتهم والتخلص من حالة القلق والتوتر، فعندما يواجه الفرد موقفًا محبطًا وضاغطًا فإنه يلجأ إلى حماية نفسه باستخدام الحيل اللاشعورية التي تهدف إلى حماية نفسيه ومفهومه عن

ذاته، وذلك عن طريق تغيير أو تشويه أو إخفاء الحقيقة إن استخدام وسائل الدفاع الأولية لا يعتبر بحد ذات مظهرًا من مظاهر الاضطرابات الانفعالي إلا إذا بالغ الفرد في استخدام هـذه الوسائل فيصبح عند ذلك غير واقعي ويعيش بعيدًا عن الحقيقة. ..(السابق) هناك الكثير من وسائل الدفاع التي قد يلجأ إليها الفرد والمعوق ومن هذه الوسائل ما يلي:

أ. الإنكار : وتعنى رفض الحقيقة وعـدم الاعتـزاز بـالواقع المـؤلم لديـه وهنـا يـصعب للتعامل مع المعاق وأهله إلا إذا تجاوزوا هذه المرحلة.

ب. الانـسحاب الاجتمـاعي: ويعـني تمركـز الفـرد المعـوق حـول ذاتـه وعـدم التفاعـل الاجتماعي مع الآخرين والانعزال عنهم بسبب إعاقته. .. وقد يتحـول الانـسحاب إلى اكتئاب.

ج. النكوص: وهو استخدام الفرد المعوق لأساليب كان يستخدمها في مراحـل عمريـة سابقة وقد كانت تلك الأساليب مفيدة في تخفيف الضغوط لديه. . وهو يـستخدمها الآن مع عدم مراعاتها لعمره، أن بعض السلوكات الطفوليـة الـتي قـد تـصدر عـن بعض الأفراد المعوقين تفسر استخدامهم لهذه الوسيلة الدفاعية.

د. الخيال: وهي وسيلة للدفاع يحقق فيها الفرد المعوق أهدافه وطموحاته التي يعجز عن تحقيقها في الواقع.

ه. الكبت: وهو تحويل الأفكار السلبية والصراعات التي يعاني منهـا الفـرد المعـوق إلى مستوى اللاشعور وجودها في مستوى الشعور يبقى على شكل صراعات أو أفكـار غير مقبولة اجتماعيًا...

و. التبرير: وفيها يعزو الفرد المعوق إعاقته أو قصوره أو عجزه إلى أشـخاص أو أشـياء قد لا تكون من الأسباب الحقيقية.

ز. الإسقاط: ويعني إلصاق ما لدى الفرد المعوقين خصائص أو صـفات لديـه لا يحبهـا بالآخرين.

ح. التعويض: وهو الاهتمام بأحد جوانب القوة لدى الفرد لتعويض النقص أو القصور في جوانـب أخـرى، فمـن الممكـن أن يعـوض الفـرد المعـوق نـواحي الـضعف في خصائص إعاقته إلى نواح أخرى وإبرازها على أنها جوانب قوة لديه مما يخفـف عنـه مشاعر الإحباط والقلق.

3. **استجابات التعايش او التعامل مع الإعاقة وتحديها**

وتسمى أيضًا هذه الاستجابة بالاستجابات الموجهة نحـو المهمـة (Oriented Task) أو الاستجابات التكيفية فهي تلك الاستجابات الواقعية التي تأخذ بعين الاعتبار حقيقة الإعاقة وديمومتها وكيفية التعامل معها إنها استجابات تركز على الحاضر والمستقبل، وهي الاستجابات التي تجعل الفرد المعوق يعمل تجاه التغلب على الإعاقة والقيام بسلوكيات تكيفية للواقع الجديد للمعوق وليس على جوانب الضعف، ومحاولة استغلال مصادر الدعم الأسرية والمجتمعية للتكيف والعيش في المجتمع.

اخلاقيات معلم التربية الخاصة

توضع الأساسيات التالية لتكون مجموعة من الأخلاقيات التي ينبغي أن يتقيد بها معلم ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث إن هؤلاء المعلمين والعاملين مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مطالبون بالمبادئ التالية حسب (Yasseldyke & Algozzine , 1990)

1. موظفو التربية الخاصة مطالبون بتطوير تعليم عالي ونوعي يضمن حياة كريمة للأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة.
2. موظفو التربية الخاصة لديهم "ويطورون" مستوى عالٍ من الكفاءة والامانة في ممارساتهم لمهنتهم.
3. موظفو التربية الخاصة يمارسون تعديلات مهنية ايجابية في عملهم ومهنتهم.
4. موظفو التربية الخاصة يدعمون الأعمال الوظيفية والأبحاث العلمية التي تفيد الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.
5. موظفو التربية الخاصة يسعون لإثراء معلوماتهم ومهاراتهم التي تدعم التعليم.
6. يشمل عمل موظفي التربية الخاصة العمل مع الطلاب ومع السياسات الخاصة بمهنتهم (القوانين والأنظمة).
7. موظفو التربية يسعون جاهدين ليغيروا ويحسنوا القوانين والتشريعات "المتعلقة بذوي الاحتياجات الخاصة "وتشمل التعديلات السياسات التي تغطي التربية الخاصة بشكل عام، وكذلك مجال الخدمات والتدريب المتعلقة بمهنتهم متى رأوا ذلك ضرورياً .
8. موظفو التربية الخاصة لا يشاركون في عمل غير أخلاقي (غير شرعي، أو غير قانوني) ولا ينتهكون حرمة المعايير المهنية المطبقة. Yasseldyke & Algozzine , (1990) بتصرف.

ملحق (1) النظام السعودي لرعاية المعوقين

جاء نظام رعاية المعوقين الذي صدر بموجب المرسوم الملكي بالرقم (م/ 37) والتاريخ 23/ 9/ 1421هـ القاضي بالموافقة على قرار مجلس الوزراء بالرقم (224) والتاريخ 14/ 9/ 1421هـ الخاص بإقرار النظام تتويجاً لكافة الجهود الرائدة في مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم فيما يلي نص النظام :

المادة الأولى:

تدل الكلمات والعبارات الآتية حيثما وردت في هذا النظام على المعاني المبينة أمامها ما لم يدل السياق على خلاف ذلك:

المعوق :كل شخص مصاب بقصور كلي أو جزئي بشكل مستقر في قدراته الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التواصلية أو التعليمية أو النفسية إلى المدى الذي يقلل من إمكانية تلبية متطلباته العادية في ظروف أمثاله من غير المعوقين.

الإعاقة :هي الإصابة بواحدة أو أكثر من الإعاقات الآتية :الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية، الإعاقة العقلية، الإعاقة الجسمية والحركية، صعوبات التعلم، اضطرابات النطق والكلام، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الإعاقات المزدوجة والمتعددة، التوحد وغيرها من الإعاقات التي تتطلب رعاية خاصة.

الوقاية :مجموعة الإجراءات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والإعلامية والنظامية التي تهدف إلى منع الإصابة بالإعاقة، أو الحد منها، واكتشافها في وقت مبكر، والتقليل من الآثار المترتبة عليها.

الرعاية :هي خدمات الرعاية الشاملة التي تقدم لكل معوق بحاجة إلى الرعاية بحكم حالته الصحية ودرجة إعاقته، أو بحكم وضعه الإجتماعي.

التأهيل :عملية منسقة لتوظيف الخدمات الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية لمساعدة المعوق في تحقيق أقصى درجة ممكنة من الفاعلية الوظيفية، بهدف تمكينه من التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية والاجتماعية، وكذلك تنمية قدراته للاعتماد على نفسه وجعله عضواً منتجاً في المجتمع ما أمكن ذلك.

المجلس الأعلى :المجلس الأعلى لشؤون المعوقين

المادة الثانية :

تكفل الدولة حق المعوق في خدمات الوقاية والرعاية والتأهيل، وتشجع المؤسسات والأفراد على الإسهام في الأعمال الخيرية في مجال الإعاقة، وتقدم هذه الخدمات لهذه الفئة عن طريق الجهات المختصة في المجالات الآتية:

1. المجالات الصحية: وتشمل:

أ. تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، بما فيها الإرشاد الوراثي الوقائي، وإجراء الفحوصات والتحليلات المخبرية المختلفة للكشف المبكر عن الأمراض، واتخاذ التحصينات اللازمة.

ب. تسجيل الأطفال الذين يولدون وهم أكثر عرضة للإصابة بالإعاقة، ومتابعة حالاتهم، وإبلاغ ذلك للجهات المختصة.

ج. العمل من أجل الارتقاء بالرعاية الصحية للمعوقين واتخاذ ما يلزم لتحقيق ذلك.

د. تدريب العاملين الصحيين وكذلك الذين يباشرون الحوادث على كيفية التعامل مع المصابين وإسعافهم عند نقلهم من مكان الحادث.

هـ. تدريب أسر المعوقين على كيفية العناية بهم ورعايتهم.

2. المجالات التعليمية والتربوية:

وتشمل تقديم الخدمات التعليمية والتربوية في جميع المراحل (ما قبل المدرسة، والتعليم العام، والتعليم الفني، والتعليم العالي) بما يتناسب مع قدرات المعوقين واحتياجاتهم، وتسهيل التحاقهم بها، مع التقويم المستمر للمناهج والخدمات المقدمة في هذا المجال.

3. المجالات التدريبية والتأهيلية:

وتشمل تقديم الخدمات التدريبية والتأهيلية بما يتفق ونوع الإعاقة ودرجتها ومتطلبات سوق العمل، بما فيذلك توفير مراكز التأهيل المهني والاجتماعي، وتأمين الوسائل التدريبية الملائمة.

4. مجالات العمل:

وتشمل التوظيف في الأعمال التي تناسب قدرات المعوق ومؤهلاته لإعطائه الفرصة للكشف عن قدراته الذاتية، ولتمكينه من الحصول على دخل كباقي أفراد المجتمع، والسعي لرفع مستوى أدائه أثناء العمل عن طريق التدريب.

5. المجالات الاجتماعية:

وتشمل البرامج التي تسهم في تنمية قدرات المعوق، لتحقيق اندماجه بشكل طبيعي في مختلف نواحي الحياة العامة، ولتقليل الآثار السلبية للإعاقة.

6. المجالات الثقافية والرياضية:

وتشمل الاستفادة من الأنشطة والمرافق الثقافية والرياضية وتهيئتها، ليتمكن المعوق من المشاركة في مناشطها داخلياً وخارجياً بما يتناسب مع قدراته.

7. المجالات الإعلامية:

وتشمل قيام وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة بالتوعية في المجالات الآتية:

أ. التعريف بالإعاقة وأنواعها وأسبابها وكيفية اكتشافها والوقاية منها .

ب. تعزيز مكان المعوقين في المجتمع، والتعريف بحقوقهم واحتياجاتهم، وقدراتهم، وإسهاماتهم، وبالخدمات المتاحة لهم، وتوعيتهم بواجباتهم تجاه أنفسهم، وبإسهاماتهم في المجتمع.

ج. تخصيص برامج موجهة للمعوقين تكفل لهم التعايش مع المجتمع.

د. حث الأفراد والمؤسسات على تقديم الدعم المادي والمعنوي للمعوقين، وتشجيع العمل التطوعي لخدمتهم.

8. مجالات الخدمات التكميلية: وتشمل:

أ. تهيئة وسائط المواصلات العامة لتحقيق تنقل المعوقين بأمن وسلامة وبأجور مخفضة للمعوق ومرافقه حسب ظروف الإعاقة.

ب. تقديم الرعاية النهارية والعناية المنزلية.

ج. توفير أجهزة التقنية المساعدة.

المادة الثالثة :

يحدد المجلس الأعلى بالتنسيق مع الجهات المختصة الشروط والمواصفات الهندسية والمعمارية الخاصة باحتياجات المعوقين في أماكن التأهيل والتدريب والتعليم والرعاية والعلاج، وفي الأماكن العامة وغيرها من الأماكن التي تستعمل لتحقيق أغراض هذا النظام على أن تقوم كل جهة مختصة بإصدار القرارات التنفيذية اللازمة لذلك.

المادة الرابعة:

يقوم المجلس الأعلى بالتنسيق مع الجهات التعليمية والتدريبية لإعداد الكفايات البشرية الوطنية المتخصصة في مجال الإعاقة وتدريبها داخلياً وخارجياً، وتبادل الخبرات في هذا المجال مع الدول الأخرى والمنظمات والهيئات العربية والدولية ذات العلاقة.

المادة الخامسة :

تمنح الدولة المعوقين قروضاً ميسرة للبدء بأعمال مهنية أو تجارية تتناسب مع قدراتهم سواء بصفة فردية أو بصفة جماعية.

المادة السادسة:

تعفى من الرسوم الجمركية الأدوات والأجهزة الخاصة بالمعوقين التي يتم تحديدها في قائمة يتفق عليها مع وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

المادة السابعة:

ينشأ صندوق لرعاية المعوقين يتبع المجلس الأعلى تؤول إليه التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف والغرامات المحصلة عن مخالفة التنظيمات الخاصة بخدمات المعوقين.

المادة الثامنة :

ينشأ مجلس أعلى لشؤون المعوقين، يرتبط برئيس مجلس الوزراء ويؤلف على النحو الآتي:

- رئيس يصدر باختياره أمر ملكي، وعضوية كل من:
- وزير العمل والشؤون الاجتماعية.
- وزير الصحة.
- وزير المعارف.

- وزير المالية والاقتصاد الوطني.
- الرئيس العام لتعليم البنات.
- وزير التعليم العالي.
- وزير الشؤون البلدية والقروية.
- أمين عام المجلس.
- اثنان من المعوقين، وأثنان من رجال الأعمال المهتمين بشؤون المعوقين، وأثنان من المختصين بشؤون الإعاقة يعينون من قبل رئيس مجلس الوزراء بناء على ترشيح رئيس المجلس الأعلى لمدة أربع سنوات قابلة للتجديد.

ولرئيس المجلس الأعلى أن ينيب عنه أحد الأعضاء في حالة غيابه.

المادة التاسعة :

يختص المجلس الأعلى برسم السياسة العامة في مجال الإعاقة وتنظيم شؤون المعوقين، وله على وجه الخصوص ما يأتي:

أ. إصدار اللوائح والقرارات اللازمة لتنفيذ هذا النظام.

ب. اقتراح تعديل النصوص النظامية المتعلقة بشؤون المعوقين في المجالات المختلفة، واقتراح القواعد الخاصة بما يقدم لهم، أو لمن يتولى رعايتهم من مزايا أو إعانات مالية أو غيرها، واقتراح فرض الغرامات أو تعديلها.

ج. متابعة تنفيذ هذا النظام ولوائحه، ومتابعة تنفيذ ما يتعلق بشؤون المعوقين في الأنظمة واللوائح الأخرى.

د. التنسيق بين مختلف الأجهزة الحكومية والخاصة فيما يخص الخدمات التي تقدم للمعوقين.

ه. تشجيع البحث العلمي للتعرف على حجم الإعاقة، وأنواعها وأسبابها، ووسائل الوقاية منها، وطرق علاجها والتغلب عليها أو الحد من آثارها السلبية، وكذلك تحديد أكثر المهن ملائمة لتدريب وتأهيل المعوقين بما يتفق ودرجات إعاقاتهم وأنواعها ومتطلبات سوق العمل.

و. تشجيع المؤسسات والأفراد على إنشاء البرامج الخاصة، والجمعيات والمؤسسات الخيرية لرعاية المعوقين وتأهيلهم.

ز. دراسة التقارير السنوية التي تصدرها الجهات الحكومية المعنية فيما يتعلق بما تم إنجازه في مجالات وقاية المعوقين وتأهيلهم ورعايتهم، واتخاذ اللازم بشأنه.

ح. إصدار لائحة قبول التبرعات والهبات والوصايا والأوقاف.

ط. إصدار قواعد عمل صندوق رعاية المعوقين.

ي. إصدار لائحة داخلية لتنظيم إجراءات العمل في المجلس.

ك. إبداء الرأي في الاتفاقات الدولية المتعلقة بالمعوقين، وفي انضمام المملكة إلى المنظمات والهيئات الإقليمية والدولية ذات العلاقة بشؤون رعاية المعوقين.

المادة العاشرة:

يرفع المجلس الأعلى تقريراً سنوياً إلى رئيس مجلس الوزراء عن أعماله، وعن وضع المعوقين والخدمات التي تقدم لهم، وما يواجه ذلك من صعوبات، ودعم الخدمات المقدمة للمعوقين.

المادة الحادية عشرة:

أ. يعقد المجلس الأعلى بناء على دعوة من رئيسه أو من ينيبه جلستين على الأقل في السنة.

ب. ينعقد المجلس الأعلى بحضور أغلبية أعضائه بمن فيهم الرئيس أو من ينيبه، ويتخذ قراراته بأغلبية أصوات الحاضرين، وفي حالة التساوي يرجح الجانب الذي فيه رئيس الجلسة.

المادة الثانية عشرة :

تكون المجلس الأعلى أمانة عامة، ويعين الأمين العام والموظفون اللازمون وفقاً لأنظمة الخدمة المدنية، ويتولى الأمين العام ما يأتي:

أ. إدارة أعمال الأمانة.

ب. أمانة سر المجلس، والتحضير لاجتماعاته، وتسجيل محاضره، وتبليغ قراراته للجهات المعنية.

ج. إعداد اللوائح التنفيذية لهذا النظام.

د. إعداد الدراسات الفنية التي يتطلبها عمل المجلس.

هـ. إعداد مشروعات الأنظمة واللوائح المتعلقة بشؤون المعوقين بالتنسيق مع الجهات المعنية.

و. إعداد مشروع ميزانية المجلس.

ز. تمثيل المجلس لدى الجهات الحكومية والمؤسسات والهيئات الأخرى ذات العلاقة.

ح. تكوين لجان من الخبراء والمختصين لدراسة ما يراه من أمور ذات صلة بشؤون المعوقين.

ط. إعداد التقرير السنوي عن أعمال المجلس.

ي. أي أعمال أخرى يكلفه بها المجلس.

المادة الثالثة عشرة :

للمجلس الأعلى أن يؤلف لجنة تحضيرية من بين أعضائه أو من غيرهم، ويحدد اختصاصاتها وسير العمل بها.

المادة الرابعة عشرة:

يكون للمجلس الأعلى ميزانية تطبق عليها أحكام الميزانية العامة للدولة.

المادة الخامسة عشرة:

تعدل جميع الأنظمة واللوائح والقرارات والتعليمات النافذة المتعلقة بالمعوقين وقت صدور هذا النظام ولوائحه بما يتفق معه خلال مدة لا تتجاوز ثلاث سنوات من تاريخ نشره

المادة: السادسة عشرة:

ينشر هذا النظام في الجريدة الرسمية ويعمل به بعد مائة وثمانين يوماً من تاريخ نشره.

مراجع الفصل الأول

المراجع العربية

- الأشول (1999) عادل عز الدين، ورقة عمل عن" دراسة للحاجات النفسية والاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة" مقدمة إلى (ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة" مسقط ـ عُمان 1420هـ- 1999م.
- الخطيب ، جمال، والحديدي ، منى (1998) "التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة"،الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ،عمان ـ الأردن.
- الروسان (2010) فاروق فارع "سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة،، الطبعة الثامنة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- السرطاوي (2005) عبد العزيز" ورقة عمل عن : أسباب الإعاقة" مقدمة إلى" ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة" الرياض ـ السعودية، 1426 ـ 2005م.
- الصمادي (1999) جميل ورقة عمل عن "الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم" مقدمة إلى (ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة) مسقط ـ عُمان 1420هـ- 1999م
- القمش، مصطفى (2000) وخليل المعايطة، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، الطبعة الرابعة، دار المسيرة، عمان ـ الأردن .
- محمد، عادل (2011)، مدخل إلى التربية الخاصة، علم نفس الإعاقة والموهبة، الطبعة الأولى، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.

المراجع الأجنبية :

- Hallahan, D, Kauffman, J. (2006) Exceptional Children,
- Introduction to Special Education, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Harold (ED)(1982), Adjustment to Adult Hearing Loss , College – Hill Press Inc , U.S.A.
- Smith, Deborah, and Luckasson,R (1991), Introduction to special education , Ally and Bacon,MA,U.S.A. –
- Stewart, J, Charles E. Merrill (1988), Counseling parents of exceptional children. Bell &Howell company.
- Yssldke, J , Algozzine ,B (1990) Introduction to special education 2nd Ed). Boston :Houghton & Mifflin.

الفصل الثاني

الموهبة والإبداع

المقدمة
مفهوم الموهبة
العوامل المؤثرة في الموهبة
خصائص الطلبة الموهوبين
مشكلات الطلبة الموهوبين
طرق الوقاية
مفهوم الإبداع
الإبداع قدرة مشتقة من مصادر ستة
العوامل الأساسية المؤثرة في الإبداع
مكونات الإبداع
معوقات الإبداع
قياس الإبداع
مراجع الفصل الثاني

الفصل الثاني

الموهبة والابداع

Creative and Giftedness

المقدمة

دخل العالم في ظل ثورة المعلومات عصر التحول والتغير، الذي يتضاعف ولا ينقطع، تقترب فيه المسافات الطويلة،وتضيق فيه المسافات الواسعة،ومع نهاية القرن العشرين و بداية القرن الحادي والعشرين أصبح العالم وكأنه قرية كونية أو قرية عالمية، فسمة العصر التغير،وهذا التغير لا بد أن يصاحبه تغير في المجال التربوي،لأن أي تغير اجتماعي لا بد أن يصاحبه تغير تربوي .

وإن الاهتمام بالموهوبين والمبدعين وتنميتهم،وتدريبهم على المهارات المختلفة لمواجهة مشاكل الحياة والعالم الذي نعيش فيه أصبح ضرورياً، نتيجةً للتوسع في المعرفة والمعلومات، وفي ظل وجود حالة من عدم الثقة في قدرة الفرد على التعامل مع الحالات الجديدة التي تطرأ على الساحة الاجتماعية والاقتصادية من حوله، و هذا يتطلب تدريب الأفراد على استخدام قدراتهم بإيجابية، ومحاولة استخدامها بشكل إيجابي بنّاء، والنظر إليها بطريقة أكثر إنتاجية وفعالية.

ومن المعروف أن المجتمعات المعاصرة تواجه مشكلات الاستحداث للتقنيات ذات المستوى الرفيع،التي تؤثر في مظاهر الحياة الاجتماعية المختلفة، حيث تتسارع وتتسابق المجتمعات في ابتكاراتها حتى تلاحق ركب التقدم العلمي، الأمر الذي جعل هذه المجتمعات في حاجة ملحة وسريعة إلى من يقوم من أبنائها بحل المشكلات المعاصرة، ومسايرة التطورات واستحداث التقنية، فلقد أصبح العالم في القرن الواحد والعشرين ظاهرة فريدة جديدة غير مسبوقة، ظاهرة حبلى بالتناقضات والنذر والبشائر،وكذلك بتحولات نوعية في مسيرة تطور البشرية، فلقد كان القرن العشرين جسراً نحو عالم جديد كل الجدة من حيث الآفاق والقدرات والإمكانيات والإنجازات العلمية والتقنية والفعاليات التي تهيأت للبشرية .

وسنقدم في هذا الفصل أهم ما يتعلق بالموهبة والإبداع محاولة منا لإيصال المعلومة الحديثة والميسرة في هذا المجال للطلبة والباحثين والمهتمين في مجال الإبداع والموهبة.

تتجلى أهم أبعاد الثورة العلمية والتقنية في ثورة الاتصالات والمعلومات وثورة المعرفة،من حيث الكم والمنتج ومن حيث الكيف،حيث تبذل العقول المنتجة للفكر جهدها لصياغة نسقه وترتيبه، وملء الفراغ الحادث، حتى أضحى إنسان العصر غير قادر على ملاحقة كل مستحدث ومبتكر ومبدع في عالم سريع النماء، فالبشرية اليوم إزاء مهام تاريخية جديدة، وهي صياغة إبداعية لنظريات تنسق الحصاد الجديد وتفسر الرؤى الجديدة وتتنبأ بما تحمله الأيام من تأثيرات، لذلك وجب الاهتمام البالغ بالقوى البشرية بجميع كفاءاتها واستعداداتها، وخاصةً إلى ما يصنعه المبدعون والموهوبون في هذه العالم من علماء الفكر والعلم والأدب والفن لنماء الحضارة الإنسانية وازدهار الثقافات المعاصرة، إذ أن تنمية الإبداع والموهبة والاهتمام باستثمار القوى البشرية يعد ركيزة أساسية لنهضة الأمم والأوطان ورفعتها وازدهارها. (نيسبت،2005، التويجري، منصور، 2000).

ومما لا شك فيه إن التميز والإبداع يعتبر بحق أحد أعظم أشكال الحياة العقلية، فهو طريقة حساسة في تناول المعرفة وحل المشكلات وإيجاد الحلول وتوصيل النتائج، فالإنسان المبدع والموهوب يكون قادراً على رؤية ما لايراه الآخرون من العاديين،وهم على وجه العموم يفضلون التعقيد ويسعون لحو الأشياء والمواضيع الصعبة . (Freeman,1991).

وإذا كانت الموهبة والإبداع تكتسب أهمية لتجديد حيوية المجتمع، فإن العناية بالموهوبين تكون أكثر أهمية للأفراد،ولهذا فإن الفرد الذي يتخلى عن إبداعه وموهبته وخياله تنقصه الثقة في تفكيره وأثناء نموه،ويكون معتمداً على الآخرين في اتخاذ قراراته.(عثمان،2000).

وإن الصفة السائدة في الحياة الحديثة هي خضوعها للتغيير السريع،ومن الواضح تماماً أن 50٪ من معارف ومهارات الفرد تصبح لاغية وغير قابلة للاستعمال، خلال فترة وجيزة من الحياة، ونتيجةً لذلك فإن المؤسسات التعليمية لا تستطيع أن تحصر نفسها بنمط من المحتوى والأساليب والقيم، طالما أن جميعها ستكون عديمة النفع أو حتى ضارة ومؤذية للحياة،وبدلاً من ذلك فإنه يجب على المؤسسات التعليمية أن تشجع المرونة،والانفتاح على الجديد،والقدرة على التكيف،والبحث عن أساليب جديدة لفعل الأشياء إذا أرادوا الاستمرار في حياة طبيعية مثمرة،فالتعريف السيكولوجي للإبداع والموهبة يؤكد على القدرة

على التكيف،وهكذا فإنه يمكن النظر إلى تنمية الإبداع والموهبة كجزء من إعداد الأطفال والطلاب للعمل بعمليتي مرونة وتكيف دائمتين طيلة حياتهم، بدلاً من التمسك بالمعرفة والمهارات الزائلة. (كروبلي، 2002).

مفهوم الموهبة:(Giftedness)

يعد الطلبة الموهوبون ثروة نفيسة بالنسبة لأوطانهم، فهم يشكلون مصدر عطاء وإسهام متميزه، وفي نفس الوقت يشكلون تحدياً صعباً بالنسبة لوالديهم ومعلميهم، لذا فإن الحصول على فرص تعليمية وتربوية تتلاءم مع قدراتهم واستعداداتهم تعد من أبسط حقوقهم، كذلك فإن للموهوبين احتياجات نفسية واجتماعية خاصة بهم، فهم بحاجه للتعايش مع المجتمع المحيط بهم، و المسؤول عن حمايتهم من التعرض لمشكلات تكيفيه في غاية الخطورة. فلا بد من المحافظة عليهم واحتواء مشكلاتهم من خلال الإرشاد والنصح والتفهم والرعاية وتوفير كل ما بشأنه تطويرهم . هذا، ومن المؤكد أن المجتمع هو من يضمن المحافظة على استثمار ثروة الموهبة وحمايتها.(Maureen Neihart,2002)

ولهذا فالاهتمام بالأفراد الموهوبين قديم قدم الحضارات البشرية،حيث كان يشار إلى الإنجازات الفردية بحسب نوع الإنجاز والإنتاج الإبداعي الذي تثمنه الحضارة وتعترف به،وتعود أسباب اهتمام الدول. بتربية الموهوبين إلى مايلي:

- التفكير في أهمية استثمار قدرات الأفراد الموهوبين،كجزء هام لتنمية وتطوير المجتمع وتقدمه العلمي.
- حماية الأطفال الموهوبين من التسرب وترك المدارس في سن مبكرة،وحمايتهم من الانحراف.
- استثمار طاقات الفرد وقدراته في مجال الإنتاجية الإبداعية إلى أطول مدة ممكنة من العمر، كي يساهم أطول مدة ممكنة في مجال التنمية.(السرور، 2009).

المعنى اللغوي للموهبة

من الناحية اللغوية تتفق المعاجم العربية والإنجليزية على أن الموهبة (Giftedness) تعني قدرة استثنائية أو استعدادا فطريا غير عادي لدى الفرد. (جروان، 2008).

وتعرّف أيضاً في الجانب اللغوي بأنها الاتساع للشيء والقدرة عليه،والموهبة تطلق على الموهوب والجمع مواهب،والموهبة من لفظ وهب،أي أعطى الشيء للفرد دون

مقابل،وهي أيضاً من وهب وجمعها مواهب،وهي ما وهبه الله للفرد.(التويجري، منصور،2000).

المعنى التربوي للموهبة

ومن الناحية التربوية جاء أول تعريف تربوي متعارف عليه عالمياً للموهوبين ينص على: أن الأطفال الموهوبين هم تلك الفئة التي تتمتع بأداء وإنجاز متميز مقارنة بالفئة العمرية التي تنتمي إليها و/ أو واحدة أو أكثر من القدرات التالية: قدرات عقلية عامة،أداء أكاديمي متخصص،قدرات إبداعية،قدرات فنية،قدرات قيادية،قدرات بدنية/ نفسحركية. (السرور،2009).

وتعرّف الرابطة الوطنية للأطفال الموهوبين: بأنهم "الطلبة والأطفال والشباب الذين يظهرون دلائل على قدرات تحصيلية عالية، في مجالات واسعة مثل القدرات العقلية أو الإبداعية أو الفنية أو القيادية، أو في مجالات أكاديمية محددة، ويحتاجون الى خدمات وأنشطة لا تقدمها المدارس عادة، لكي يتمكنوا من تطوير هذه الكفاءات تطويراً تاماً" .

وتعرّف كلارك الموهبة على أنها: مفهوم بيولوجي متأصل يعني ذكاءً مرتفعاً،ويشير إلى تطور متقدم ومتسارع لوظائف الدماغ وأنشطته بما في ذلك الحس البدني والعواطف والمعرفة والحدس،إن التعبير عن مثل هذا النشاط المتقدم والمتسارع يمكن أن يكون في صورة قدرات مرتفعة في المجالات المعرفية والإبداعية والاستعداد الأكاديمي والقيادية والفنون المرئية والأدائية.وفي ضوء ذلك فإن الموهوب يحتاج إلى خدمات وبرامج وأنشطة غير متوافرة عادةً في المدرسة التقليدية حتى يستطيع تنمية استعداداته بصورة وافية.(جروان،2008).

وعرفت الحكومة الاتحادية في أمريكا عام (1993) الأطفال والشباب الموهوبين:بأنهم الذين يتميزون بإنجاز متفوق بالنسبة إلى غيرهم ممن هم في نفس العمر،والخبرة،والمحيط، وهم يظهرون آداء عاليا في الناحية الذهنية،أو الإبداعية أو الفنية،ولديهم قدرة عالية على القيادة وتفوق مميز في نواحٍ أكاديمية محددة، وهم يحتاجون إلى خدمات ونشاطات خاصة غير متوفرة في المدارس العادية(يحيى،2006).

ويتسم الموهوبون بذكاء عال ومواهب سامية،كما أن خصائصهم تميزهم عن أقرانهم بمستوى أداء مرتفع يصلون إليه في المجالات المختلفة للحياة،ويرتبط هذا المستوى بالذكاء العام ومستوى التحصيل الدراسي أيضاً.(التويجري، منصور، 2000).

ويعتبر الإبداع من الجوانب الهامة للموهبة والتميز والتي يصعب تحديدها وقياسها، ويسهّل الإبداع حصول الفرد على تحصيل أكاديمي مرتفع، كما أكدت أبحاث رينزولي عام 1981م، ويرى تورانس (Torrance,1984) أن الإبداع يجب أن يكون أحد المحكات التي تستخدم للتعرف على الطلبة الموهوبين.(Caropreso and Couch , 1996)

العوامل المؤثرة في الموهبة

1. **العوامل الوراثية:** تعني الوراثة انتقال صفات وخصائص النوع من جيل إلى جيل،عن طريق عمليات التناسل أي من الأجداد إلى الآباء ثم إلى الأبناء،وإن آليات الوراثة هي المسؤولة أساساً عن الاختلافات الموجودة عند الأفراد إلى غير حد في كل سمة من سمات الشخصية.
2. **العوامل البيئية :** إن البيئة تشمل كل العوامل الخارجية التي تؤثر تأثيراً مباشراً أو غير مباشر على الفرد،منذ أن تم الإخصاب وتحددت العوامل الوراثية،وهي تشمل بهذا المعنى العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية،وللبيئة دور إيجابي كبير،حيث تسهم في تشكيل شخصية الفرد النامي .

وفي هذا العامل تعتبر الأسرة الخلية الاجتماعية الرئيسية في بناء المجتمع، فهي الأساس الأول في تكوين الاتجاهات الرئيسية أثناء التنشئة الاجتماعية من مرحلة الطفولة،وحتى مراحل الدراسة،فالجو الأسري المتميز بالهدوء والاستقرار يساعد على تنشئة الطفل تنشئة اجتماعية سليمة،فكلما كانت الأسرة أكثر تماسكاً وتسودها علاقات طيبة فيما بينها كان نمو الطفل أفضل وأكثر توافقاً. (التويجري، منصور،2000،محمد،2006).

حيث تلعب التنشئة الأسرية والظروف المحيطة دوراً هاماً في تنمية الطفل الموهوب مع التقدم في السن،بينما قد يؤدي عدم توافر الرعاية السليمة إلى إخفاء كثير من مواهبهم وخصائصهم،وقد يؤدي إلى جعلها قوى سلبية معيقة للتعلم. (جروان،2008).

خصائص الطلبة الموهوبين

إن معرفة خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين من الموضوعات الهامة والضرورية لكل العاملين في مجال رعايتهم وتربيتهم،لذا حظي هذا الأمر باهتمام كثير من العلماء،وكان أول المهتمين بدراسة خصائص الموهوبين والمتفوقين لويس تيرمان (Terman,1925)وكانت دراسته الطولية التتبعية لعينة قوامها 1526 طفلاً من ولاية كاليفورنيا أول محاولة علمية جادة

في هذا المجال،وما يزال يحظى هذا الموضوع باهتمام كبير من العلماء والباحثين المتخصصين في هذا المجال.(محمد، 2006).

ويذكر جروان (2008) أن أهمية التعرف على الخصائص السلوكية للطلبة الموهوبين تعود لسببين رئيسيين:

1. اتفاق الباحثين والمربين في مجال تعليم الطلبة الموهوبين والمتفوقين على ضرورة استخدام قوائم الخصائص السلوكية،كأحد المحكات في عملية التعرف أو الكشف عن هؤلاء الطلبة واختيارهم للبرامج التربوية الخاصة.
2. وجود علاقة قوية بين الخصائص السلوكية،والحاجات المترتبة عليها،وبين نوع البرامج التربوية والإرشادية الملائمة.ذلك أن الوضع الأمثل لخدمة الموهوب والمتفوق هو ذلك الذي يوفر مطابقة بين عناصر القوة والضعف لديه،وبين مكونات البرنامج التربوي المقدم له،أو الذي يأخذ بالاعتبار حاجات هذا الموهوب والمتفوق في المجالات المختلفة.

هذا وتختلف خصائص الطلبة الموهوبين حسب الحالة ودرجة التميز وهذه الخصائص هي:

الخصائص المعرفية

إن الخصائص المعرفية التي يتمتع بها الطلبة الموهوبين ليست ثابتة أو جامدة،ولكنها تتطور من خلال التفاعل مع المحيط بدرجات متفاوتة،وعليه فإن بعض الخصائص قد لا تظهر لدى بعض الطلبة في مراحل مبكرة من نموهم وقد تظهر في مراحل متأخرة تبعاً للرعاية التي توفرها لهم بيئاتهم.

- القدرة على التعلم،السرعة والاستقلالية في التعلم والذاكرة القوية.
- القدرة على التفكير والتحليل.
- القدرة على الإطلاع والتحدي والتغيير.
- القدرة على التعامل مع النظم الرمزية والأفكار المجردة.
- حب الاستطلاع.
- تفضيل العمل الاستقلالي
- قوة التركيز.

- قوة الذاكرة.
- حب القراءة.
- تنوع الاهتمامات والهوايات.
- تطور لغوي مبكر.(يحيى،2006،جروان،2008)
- الخصائص الانفعالية:

يقصد بالخصائص الانفعالية هي تلك الخصائص التي لا تعد ذات طبيعة معرفية أو ذهنية، ويشمل كل ما له علاقة بالجوانب الشخصية والاجتماعية والعاطفية.

وقد أورد الباحثون عدداً من الخصائص الانفعالية أهمّها:

- الشجاعة والاستقلالية.
- حبهم للقيادة والزعامة.
- حس الدعابة والنكتة.
- الحساسية الزائدة والحدّة الانفعالية.
- القدرة على التواصل.
- الغضب السريع. .(يحيى،2006،جروان،2008)

الخصائص الفنية والإبداعية

- القدرة على الطلاقة (القدرة على إعطاء أفكار وتصورات لفكرة واحدة أو شيء واحد).
- القدرة على المرونة(القدرة على تغيير وجهة التفكير وإيجاد حلول جديدة لمشاكل متغيرة).
- القدرة على الإبداع (القدرة على إنتاج شيء جديد،نادر،مختلف،مفيد قولاً أو عملاً). (يحيى، 2006).

ومن صفات الطلبة الموهوبين الواردة في المصادر الأجنبية:

- يحبون أن يتكلموا كثيراً.
- يحبون الحركة كثيراً.
- يشعرون ويتصرفون بطريقة مختلفة.

- يحبون الالتصاق بالعمل الشاق والصعب ويتمتعون به.
- يكرهون الروتين،ويشعرون بالملل.
- لا يهتمون بالتفاصيل.
- ينامون أقل من غيرهم بسبب الطاقة العالية لديهم.
- يسألون أكثر من غيرهم، يريدون أن يعرفوا لماذا،وكيف؟
- يشعرون بالخوف من الفشل.
- يستطيعون إنتاج حاجات مختلفة .
- لديهم قدرة خيالية أكثر من غيرهم.
- يمتازون بالخاصية في كل شيء،وبمستوى عالٍ في خصوصيتهم.
- يستطيعون تعلم كل شيء،وهم سريعو الفهم.
- يستطيعون التعامل والاتصال مع من هم أكبر منهم سناً
- لديهم قوة عالية في التفكير الناقد، ينقدون الأفكار الغبية.
- فعالون،نشيطون، وهم الأكثر حظا في الحصول على محبة الناس.(السرور،2003)

مشكلات الطلبة الموهوبين

يواجه الموهوبون العديد من المشكلات التي تتعلق بهم وبمواهبهم، والتي تقودهم إلى أكثر الحالات الشعورية تهديداً، الا وهي الشعور بالإحباط والعزلة الاجتماعية والخوف الشديد، وفيما يلي سنتطرق لبعض المشكلات الانفعالية والاجتماعية،التي يعاني منها الموهوبون، وهذه بدورها قد تؤدي إلى إحباطهم وتراجع قدراتهم،أو اندثار مواهبهم، لذا كان لا بد من التعرف على هذه المشكلات والوعي بها، لتساعدنا على فهمنا للموهوبين وكيفية تقديم المساعدة المناسبة لهم .

ومن مشكلات الطلبة الموهوبين ما يلي:

- الحساسية المفرطة: يعاني الموهوب من انتقاد دائم لذاته، فهو شديد المراقبة لأعماله وسلوكياته، ويتألم في داخله عندما يقع في الخطأ، ويُحمّل نفسه دائماً مسؤولية أخطاء الآخرين ومشكلاتهم. هذا، وقد يحدث أن يشعر الموهوبون بظلم من قبل المجتمع غير

مبرر له، كما أنهم يشعرون بأن المجتمع يتجاهل وجودهم، لذا فإن منهم من قد يتعرّضون لمستويات عالية من الإحباط.(Maureen Neihart,2002).

- **تعدد الاهتمامات والقدرات:** يميل الموهوب غالباً إلى تعلم الكثير من المجالات، فهو لديه رغبة كبيرة في عمل كل الأشياء وتعلمها في آن واحد. كذلك أثبتت الأبحاث أن الموهوبين قادرون على شغل أكثر من مجال في مهنة المستقبل، ما لم يحصلوا على الاستشارات المبكرة والتوجيه، وذلك بسبب تعدد اهتماماتهم واستعداداتهم وقدراتهم، مما يتيح لهم فرص مهنية متعددة، وهذا يؤدي بهم في النهاية الى صعوبة اتخاذ القرار الصائب فيما يخص مستقبلهم المهني. بالإضافة إلى ما سبق فإن الموهوبين غالباً ما يوصفون (بمدمني العمل)، والذي قد يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية والإحباط والخوف من الفشل.
- **المثالية الزائدة والسعي نحو الكمال:** إن سمة الكمال عند الموهوبين تشبه البناء المتعدد الأبعاد، فهذه السمة تشكلها مجموعات من الأفكار المركّبة والسلوكيات المرتبطة بالتوقعات العالية، والتي يتوقعها الشخص الموهوب من ذاته، وكذلك يتوقعها من الآخرين.

ويؤدي السعي نحو الكمال إلى سوء التكيّف النفسي لدى الموهوبين، فهم يضعون لأنفسهم معايير وتوقعات عالية قد لا تتناسب مع قدراتهم للوصول لمستويات عُليا، ويرغبون دوماً بالإنجاز الكامل والمتميز، مما يسبب لهم حالات من القلق قد تؤدي بهم في أغلب الأحوال إلى الشعور بالإحباط.

- **التوقعات العالية من الوالدين:** غالباً ما يتوقع الوالدان أن يبّرع أبناؤهم الموهوبين في شتى مجالات الانجاز، وهذا مربك للموهوب ويعيق تقدمه. كذلك فإن الضغوط الموجهة من الأهل تؤدي إلى ضغوط أخرى تنتج عن شعور الموهوبين بعدم الإيفاء بمتطلبات آبائهم نحو الأداء العالي، وهذا بدوره يؤدي بهم إلى الخوف المبالغ فيه من الفشل، بالإضافة إلى التقييم السلبي للإنجازات والأعمال التي يقومون بها.
- **العزلة الاجتماعية:** ترتبط العزلة الاجتماعية غالباً بالموهوبين الذين يعانون من مزاج مكتئب، وتؤدي في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإحباط،حيث ترتفع معدلات العزلة الاجتماعية عند فئة الطلبة الموهوبين الذين يتمتعون بمعدلات موهبة عالية، حسب تصنيف هولنغوروث (Hollingworth) و الذي حددته بمعدل ذكاء أعلى من

160، فهم يتعرضون للكثير من المشكلات الاجتماعية، و أهمها العزلـة الاجتماعيـة، خاصة إذا تعرض الموهوبين لبرامج تسريع خاصـة في المرحلـة العمريـة مـا بـين 4-9 سنوات. (Gross, 2000) .

على الرغم من أن الأبحاث والدراسات في مجال الموهبة والإبداع لم تؤكـد حتـى الآن معدلات منخفضة أو مرتفعة من الشعور بالإحباط بين الطلبة الموهوبين بشكل عـام، إلا أن المشاهدات العامة تشير إلى تفشي هذه الظاهرة بينهم، والتي نبهت لازدياد معدلات الـشعور بالإحباط بين الموهوبين سواء من الأطفال أو المراهقين . (Neihart, 2002) .

طرق الوقاية

تأتي أهمية تلبية الحاجات النفسية والاجتماعية للموهوبين من خـلال وضـع بـرامج تعليمية وتربوية بالإضافة إلى البرامج الإرشادية التي تـساعد علـى الإيفـاء بهـذه الحاجـات، وبالتالي وقايتهم من المشكلات التي قد يتعرضون لهـا، وهنـاك بـرامج ثبتـت فعاليتهـا مثـل (برامج تعليم التفكير وبرامج تطوير مفهـوم الـذات، وبـرامج مهـارات الاتـصال والقيـادة وغيرها) من البرامج التي تـدعم تطـور الشخـصية عنـد الموهـوب وتـساعده علـى التكيـف الاجتماعي مع الآخرين،جنباً إلى جنب مع البرامج التعليمية الأكاديمية.

إن جميع البرامج سابقة الذكر تؤهل الموهوب ليكون عضواً فعالاً في المجتمع راضياً عن نفسه متعايشاً مع العالم من حوله، لذا فإن الدعم الذي يحصل عليه الموهوب سواء من البيئـة المحيطة به (وتتمثل في أسرته) والمحيط الخارجي (المتمثـل في المدرسـة) يُمكـن أن يلعـب دوراً فعالاً في التقليل من حدة الإحباط الذي يتعرض له،و يساعده على سهولة التكييـف . هـذا، واقترح فورد (Ford) أن يتخذ المربين والباحثين خطوات مستمرة وجادة لتقويـة العلاقـة مـا بين مجتمع الأسرة والمدرسة، من أجل توفير الدعم للموهوبين في سياقات مختلفة تضمن تلبية الحاجات الانفعالية والاجتماعية لهم، وتؤهلهم للمضي نحـو النجـاح والانجـاز. (Mueller, 2009).

الكشف والتعرف على الموهوبين

تهتم كثير من الدول في التعرف على الأفراد الموهوبين ورعايتهم،وتستحدث المقاييس التي تكشف استعداداتهم وقدراتهم في وقت مبكر مـن حياتهـم،وتـصمم الـبرامج التعليميـة الخاصة لتنمية هذه القدرات وتلبية حاجاتهم.

وتبدو أهمية الكشف والتعرف على الموهوبين في النقاط التالية:

1. إن التعرف المبكر على الأطفال الموهوبين والمتميزين،يعتبر خطوة مهمة نحو تنمية طاقاتهم والاستفادة من امكانياتهم.
2. إن نتائج العديد من البحوث والدراسات انتهت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة وإيجابية بين الدافعية المرتفعة في مرحلة الطفولة المبكرة،وتطور القدرات العالية في مرحلة المراهقة.
3. إمكانية وسهولة التعرف على القدرات والسلوكيات التي تعكس التفوق، تزداد في حالة في حالة وجوده بشكل لافت،حيث تكشف الموهبة عن نفسها في مرحلة الطفولة المبكرة. (سليمان،وآخرون،2010).

مراحل الكشف والتعرف على الطلبة الموهوبين

-المرحلة الأولى:مرحلة الاستقصاء أو مرحلة الترشيح والتصفية

حيث تبدأ عملية الكشف عن الأطفال الموهوبين والمتميزين بالإعلان عن بدء مرحلة الترشيح،وتهدف هذه المرحلة إلى تجميع عدد المرشحين في وعاء يطلق عليه (وعاء الموهبة) وهم الأطفال الذين تم ترشيحهم من قبل أولياء الأمور والمعلمين،على أمل أن يجتازوا المحكات المقررة للاختيار والالتحاق ببرنامج خاص على مستوى المدرسة أو المنطقة التعليمية أو الدولة.

-المرحلة الثانية:مرحلة تطبيق الاختبارات والمقاييس

تهدف هذه المرحلة إلى جمع المزيد من المعلومات الإضافية والبيانات الموضوعية عن طريق نتائج الاختبارات المتاحة للقائمين على برنامج تعليم الموهوبين والمتميزين، من أجل مساعدتهم في اتخاذ قرارات سليمة يمكن تبريرها،ومن الناحية العملية فإن هذه المرحلة هدفها تقليص عدد الأطفال الذين تم ترشيحهم في المرحلة الأولى بنسبة معينة،هذه النسبة تختلف بطبيعة الحال من برنامج إلى آخر،وذلك في ضوء أعداد الأطفال المرشحين،والعدد الأقصى الذي يمكن قبوله منهم.

- المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم

بعد اجتياز الأطفال الموهوبين لمرحلة الترشيح والتصفية كمرحلة أولى من مراحل الكشف والتعرف،وبعد اجتيازهم مرحلة تطبيق الاختبارات والمقاييس كمرحلة ثانية من مراحل الكشف والتعرف،أصبح لهؤلاء الأطفال بيانات تم تجميعها وسوف تتم معالجتها،بطريقة علمية ملائمة على أن تستخرج لكل واحد منهم درجة كلية، وفي ضوء هذه

الدرجات المجتمعة يتم إدراج أسمائهم في قائمة مرتبة في ضوء درجاتهم الكلية الإجمالية،ويتولى القائمون على برنامج تعليم الموهوبين اختيار العدد المطلوب من القائمة في ضوء ترتيب الدرجات.(جروان،2008).

مفهوم الإبداع

في ظل التقدم العلمي الراهن، وثورة المعلومات، والتنافس التكنولوجي، والصراع الأيديولوجي بين الأمم والشعوب، وما صاحب ذلك كله من تغيرات وتعقدات في العلاقات بين الأفراد، والمجتمعات، وكافة مظاهر الحياة المدنية، يأتي الإبداع كإحدى السبل المهمة التي تعقد عليها الآمال الآن لمواجهة المشكلات المعاصرة التي تهدد توافق الإنسان، وقدرته على التكيف مع بيئته الداخلية والخارجية على حدٍ سواء، فالإبداع مهارة أساسية ضرورية لملاقاة متطلبات المستقبل .(Caropreso and Couch , 1996،عامر،2003).

ولا يمر علينا يوم دون أن نسمع كلمة الإبداع أو المبدعين، وأحياناً تستخدم هذه الكلمات لوصف منتج ما أو مشروع ما انجز بإبداع وتميز، وقد نتذكر كلمة الإبداع لدى قيام أي شخص بأداء أي عمل من الأعمال اليومية المتميزة، أو حتى عندما نتحدث عن الثقافة أو التعليم أو التجارة أو الأعمال المالية (Khatena,1995) .

يتسم الإبداع بالخروج عن ما هو مألوف وتقليدي، ويصعب وضع تعريف محدد له حيث تتم مقاومته في معظم المواقع لاسيما في البيئات المدرسية التي تعتبره مضيعة للوقت وهدرا للمال . (Caropreso and Couch , 1996)

المعنى اللغوي للإبداع:(Creative)

في المعنى اللغوي ورد في لسان العرب تعبير بدع الشيء يبدعه بمعنى أنشاه وبدأه، وأبدع الشيء بمعنى اخترعه على غير مثال .وجاء أيضاً في المعجم الوسيط أنه بمعنى الخروج على أساليب القدماء باستحداث أساليب جديدة،أو أن الشيء البديع هو ما بلغ الغاية في بابه، وفي قاموس ويبستر(Webster Dectionary,1995) وردت كلمة الإبداع بمعنى القدرة على الخلق أو الإيجاد، ويمكن أن يعرف الإبداع :بانه مزيج من القدرات والاستعدادت والخصائص الشخصية التي إذا ما وجدت في بيئة تربوية مناسبة فإنها تجعل المتعلم أكثر حساسية للمشكلات، وأكثر مرونة في التفكير، وتجعل نتاجات تفكيره أكثر غزارة وأصالة بالمقارنة مع خبراته الشخصية أو خبرات أقرانه. (جروان، 2008، درويش 1996).

المعنى التربوي للإبداع

ومن الناحية التربوية يعرّف ديك(Deck,1995) الإبداع على أنه عكس التلقين ، وتعرّفه (السرور،2002) على أنه إنتاج الشيء الجديد النادر المختلف المفيد فكرا أو قولا أو عملا .(Caropreso and Couch , 1996، السرور،2002).

ويعرف الإبداع : على أنه سلوك إنساني متعدد الأبعاد، الذي ينتج عنه أفكار أو أفعال أو منتجات، تتسم بالتفرد والجدة أو الأصالة أو عدم الشيوع، وهو يعرف بعدة طرائق متنوعة،تركز كل منها على واحد من خمسة أبعاد تصف هذا السلوك وهي: العملية الإبداعية،الموقف الإبداعي، الإنتاج الإبداعي،الإنسان المبدع،القدرات الإبداعية. (عامر2003).

ويعرّف الإبداع : على أنه العملية الخاصة بتوليد منتج فريد وجديد بإحداث تحول من منتج قائم، وهذا المنتج يجب أن يكون فريداً بالنسبة للمبدع، كما يجب أن يحقق محك القيمة والفائدة والهدف الذي وضعه المبدع.(الأعسر،1999).

ويمكن أن يعرّف الإبداع على أنه عملية حل المشكلات بأصالة، والعملية هي الأدوات التي بواسطتها يكون هناك إنتاج أصيل، والإنتاج يمكن أن يكون استجابة،فكرة، حل،أو إنتاج حقيقي، فالأصالة تعني عدم الإعتيادية والنوعية العالية. (Runco , and Albert,1990)

وقد وصف تورانس (Torrance, 1977) الإبداع كعملية متدرجة في خطوات وهي:الإحساس بوجود مشكلة أو نقص في المعلومات،والعمل على صياغة الأفكار أو الفرضيات، واختبار وفحص الفرضيات وتعديلها،والتوصل إلى النتائج. ويعتبر تعريف تورانس فريداً في احتوائه على سلسلة أحداث الإبداع الكلي منذ اكتشاف المشكلة وحتى وضع النتائج . (Davis,1983)

ويعرف بارون (Barron) الإبداع على أنه القدرة على الإتيان بشيء جديد إلى الوجود.

والإبداع قدرة مشتقة من مصادر ستة هي :

الذكاء، والمعرفة، والتفكير، والشخصية، والدافعية، والظروف المحيطة .

وهناك العديد من الباحثين مثل ستن 1969، سيمونتون 1988، ستيرنبرغ 1988 (Stein,1969,Simonton, 1988, & Sternberg, 1988) الذين تناولوا الإبداع كعملية، وإنتاج، وإنسان وموقع، ويرى هؤلاء الباحثين أن الإبداع يتمثل في :

- التجديد مع الفائدة
- الحرية للتلاعب بالأفكار و/ أو تجسيد التجربة، والمخاطرة، وتحقيق التوقعات بشكل واقعي واعتبارها استجابات جديدة ومناسبة ومفيدة .

(Runco, 1993 ;Toth and Baker , 1990 ;Sternberg and Lubart ,1993)

فالإبداع هو نمط حياة، وسمة شخصية،وطريقة لإدراك العالم، فالحياة الإبداعية هي تطوير لمواهب الفرد، واستخدام قدراته،وأن يكون الفرد مبدعاً، فهذا يعني استنباط أفكار جديدة،وتطوير حساسية لمشاكل الآخرين . (Davis,1983)

ومع تقدم ميدان تربية الموهوبين والمبدعين كثرت المفاهيم والمصطلحات الشائعة،وكثر الخلط فيما بينها،وهنا نبين بعض المفاهيم مثل:

- الذكاء: وهو مجموعة القدرات العقلية الناجمة عن أداء العمليات المعرفية،وقد تتفاوت هذه القدرات وتختلف بين الأفراد في المستوى والنوع،وقد تساعد اختبارات الذكاء على قياسها نسبياً.
- الإبداع: هو الإنتاج الجديد النادر المختلف المفيد، سواءً أكان فكراً أو عملاً.
- التفوق:الأداء العالي في التحصيل.
- الموهبة: هي استعداد فطري تصقله البيئة المحفزة، وقد تظهر الموهبة في مجال محدد واحد أو أكثر مثل موهبة الموسيقى.
- التفكير: فعالية وأداء القدرات العقلية، دور الذكاء في الخبرة.(السرور، 2009)

العوامل الأساسية المؤثرة في الإبداع

يصف دايفز (Davis 1992-1995) بعض العوامل الأساسية المؤثرة على تطور الإبداع ومنها :

- الإبداع ليس محصورا في أي مجال أو نشاط ويمكن اعتباره في أي جزء من حياة الفرد.
- يمكن أن يكون الإبداع قسريا (إجبارياً)، فهناك العديد من الأمثلة على إبداعات تحدث في ظروف إجبارية.

- يمكن أن يحدث الإلهام أو النظرة الإبداعية بشكل تلقائي ويؤدي ذلك إلى زيادة الوعي و الإدراك وإيجاد تصورات غير متوقعة .
- التفكير والتحليل المنطقي مطلوب لتقدير وتقييم نتاج الفكرة والعمل الإبداعي .

يوزع الجهد الإبداعي بشكل طبيعي كالذكاء، ويمكن أن يسلك الشخص بطريقة إبداعية في أوقات معينة وتحت ظروف معينة .(Caropreso and Couch , 1996) .

وقد ذكر تورانس 1965(Torrance ,1965) بأن من أكثر العوامل قوةً بالتأثير على الإبداع للطالب هي الطريقة التي بها الأهل والمعلمين يشجعوا أو يحبطوا،يكافئوا أو يعاقبوا الخصائص الشخصية الثابتة، فالإبداع يتأثر بالبيئة والعوامل المحيطة بالطالب. (Sawyers and Mehrotra,1989).

وهناك عوامل أخرى ذكرها كارل روجرز(Carl Rogers) تؤثر على تنمية الإبداع وهي:

- **الانفتاح على الخبرة** : فكلما وفر الفرد لنفسه وعياً حساساً لجميع مراحل الخبرة، كلما تأكدنا بأن إبداعه سيكون بنّاءً من الناحية الشخصية والاجتماعية . ويتضمن الانفتاح على الخبرة استقبال أفكار جديدة،والانجذاب لاهتمامات وخبرات العالم الخارجي والوعي للحاجات المعرفية الداخلية .
- **الأمان النفسي** : وذلك من خلال قبول الفرد لنفسه ولقيمته من غير شروط، وتوفير مناخ يغيب فيه التقييم الخارجي، والتفهم العاطفي.
- **الحرية** : فعندما يسمح المعلم،الوالد، أو غيرهم من الأشخاص للطالب أو الفرد بحرية كاملة للتعبير فإنه ينمي الإبداع.
- **اللعب بالأفكار والمفاهيم والاحتمالات الجديدة** : فالتلاعب بشكل عفوي بالأفكار والألوان،والأشكال والعلاقات، فمن هذا التلاعب العفوي يظهر الحدس،فالمبدع ينظر للحياة بطريقة جديدة ودالة .
- **الوضع الداخلي للتقييم** : وهذا يرجع إلى الصفات الشخصية كالثقة بالنفس، والاستقلالية والميل لاتخاذ الأحكام والقرارات.(Rothenberg, and Carl,1983)

مكونات الإبداع

الإنسان المبدع: (Creative Person)

يمتاز الإنسان المبدع بعدد من الخصائص، حيث يذكر دافيـز (Davis,1992 – 1995) اثنتا عشر خاصية أساسية للإنسان المبدع وهي :

- وعي وتقييم الإبداع .
- الأصالة، عدم المطابقة، افتراضية التحدي.
- الاستقلالية، والثقة بالنفس، التحكم بالذات .
- المغامرة، الإرادة لتجريب شيء جديد إرادة عالية عند الفشل.
- القيادة،والقوة، و الحماس، والذهاب لأبعد من المستويات المتوقعة من الأداء.
- الذوق الفني، الذوق الجمالي.
- الفضول،والتساؤل، والانفتاح على الخبرة .
- الفكاهة،واللعب المفيد .
- الانجذاب لحو التعقيد .
- البديهة ، ملاحظة العلاقات .
- الحاجة إلى الوحدة في بعض الأحيان .

فالأشخاص المبدعون يميلون إلى إظهار الخصائص الشخصية المحددة بدقة، فالخصائص الشخصية للإدراك الإبداعي، وإدراك الفرد على انه مبدع وأنه قادر على الإنتاجية الإبداعية اعتبرت خاصية جيدة مرتبطة بالإبداعية، ولقد قامت خاتينا (khatena ,1977) بالعديد من التحقيقات حول الإدراك الإبداعي وعلاقتها بالإبداع ككل وعقبت بان الفـرد الـذي يـدرك نفسه وبدقة على انه مبدع هو فرد يتوقع منه أن يتصرف بطرق إبداعية. Palaniappan,K,N, (Caroproso and Couch , 1996 1996).

- كما أن الأشخاص المبدعين يحتاجون إلى من يأخذ بأيـديهم إلى الطريـق الـصحيح، كالطالب المتخرج الذي توجد لديه فكرة بحث قد تكون واعدة فهو يحتاج إلى مـشرف وموجه حكيم يقوم بإيصاله إلى المختبر، ويختبر فكرته والتي تؤدي فيما بعـد إلى تولـد عدة أفكار، أما الأشخاص غير الموجهين فـإنهم يخشون الفـشل،ولديهم تحمـل أقـل

للغموض، ومعرفة اقل عن الأحداث الإبداعية، وقدرة أقل على المجازفة من الأفـراد الموجهين من قبل مشرفين وأخصائيين، وكذلك فإن للبيئة دور هام في إنجاح العمليـة الإبداعية للشخص المبدع،حيث أن أكثر المبدعين يهاجرون ويبحثون عن بيئة مناسـبة لهم، وأحياناً يقومون بتكييف البيئة التي يعيشون فيها لتتناسب مع قدراتهم ومهاراتهم الإبداعية.(Runco, and Albert,1990)

وحتى يكون الشخص أكثر إبداعاً، فإنه يحتاج إلى زيادة في الـوعي الإبـداعي، فيجـب على الشخص المبدع أن يقدر أهميـة الإبـداع لنمـو شخـصيته ولتطـوير مواهبـه،وأن يعرف القواعد التي تحكم الإبداع عبر التاريخ للحضارات وفي حل مشاكل المجتمعات الحاضرة والمستقبلية.(Davis,1983)

- كما أن الإبداع يتقبل أشخاصا يعيشون الفوضى كواقع يومي، لكن في نفس الوقـت يمتلكون القدرة على تجاوز وترتيب تلك الفوضى بالطريقة التي يرونها مناسبة، وإيجاد الحلول المبتكرة للمشاكل الناجمة عن تلك الفوضى، وأيضا يستمتعون بعملية البحـث والتفكير بعيداً عن أية ضغوط خارجية ناتجة عن البيئة المحيطـة مـن جهـة والـضغوط الداخلية الناتجة عن التحكم الداخلي من جهة أخرى.(Claxton,2008)

المهارات و القدرات الإبداعية

لقد صنف كثير من التربويين الإبـداع إلى عـدد مـن المهـارات والقـدرات،وفي طليعـة هؤلاء التربويين دي بونو (De bono) وجيلفورد (Guilford) وتورا نس (Torrance) وهـم ينظرون إلى المهارات والقدرات الإبداعية على أنها مهـارات يمكـن أن تقاس،كمـا يمكـن أن يدرب عليها . (خطاب،1994).

إن المهارات والقدرات الإبداعية تبدو فيما إذا كان الفـرد يملـك القـدرة على إظهـار السلوك الإبداعي إلى درجة ملحوظة أم لا . ومدى ظهور القدرات وتباينها يتبلور من خلال الإنتاج الإبداعي، وبدون الإنتاج ستبقى هذه المهارات والقدرات كامنة لدى الفرد وخاضعة لاحتمالية الظروف،وترتبط المهارات والقدرات الإبداعية بالتفكير الإبداعي لـدى الـشخص المبدع، ووضح بارون الإبداع بأنـه : القـدرة على إخـراج شـيء جديـد إلى حيـز الوجـود، وكذلك بين كوبي أن الإبداع هو القدرة على إيجاد وتطوير ارتباطات وعلاقات جديدة غـير متوقعة وتطوير معانٍ جديدة. (السرور،2002).

ومن القدرات والمهارات الإبداعية التي ذكرها دافيز (Davis,1992-1995) :

- طلاقة الأفكار : القدرة على طرح أفكار كثيرة،الاستحواذ على أفكار كثيرة متباينة.
- المرونة : القدرة على تنويع الأفكار،والاستحواذ على كثير من أطر الأفكار.
- التفاصيل :القدرة على إضافة تفاصيل للفكرة الأصلية.
- الأصالة : التجديد والخروج عن المألوف .
- الإتقان : إضافة التفاصيل أو تطوير الأفكار .
- التفكير المنطقي، والتحليل العقلي، وتقييم الأفكار مع البقاء أن نكون غير حازمين، وأن نكون منفتحين على الاحتمالات .
- التقييم وصنع القرار.

والطلاب والأفراد يستطيعون تطوير وتحسين هذه القدرات والمهارات بذواتهم، والخطوة الأولى في تطوير هذه المهارات هي: الإقرار بأن الحاجة ضرورية لهذه المهارات، والخطوة الثانية : هي ببساطة البدء بالعمل على تطوير الجهد الإبداعي للفرد من خلال العمل على واحدة أو أكثر من هذه المهارات، وغالباً ما تتفاعل هذه المهارات تماماً، ويمكن ممارستها معاً، من حيث إنها تكون أسهل لتعلم واحدة أو بعض هذه المهارات في نفس الوقت قبل الانتقال لأخرى. ويجب تفادي معوقات الإبداع التي تهدد وتدمر تنمية وتطوير جهد الفرد الإبداعي (Torrance and Safter , 1986 , Caropreso and Couch , 1996) .

الإنتاج الإبداعي :(Creative Product)

تقوم دراسات الإبداع على أساس تحليل الإنتاج الإبداعي ويشير (Rhodes , 1987) إلى أن الإنتاج الإبداعي يمثل أفكار الفرد لحظة ولادة المفهوم الجديد لديه، ويرى أمابيل (Amabile, 1983) أنه ينبغي تقييم الإنتاج الإبداعي.

ولا بد من تفاعل الطلاب والمعلمين والمنهاج معا لتطوير الإنتاجية الإبداعية في العملية التعليمية، وتعد المشاريع التي يقوم بها الطلاب في المدرسة من المؤشرات الهامة على الإنتاجية الإبداعية .

(Rowland , 1995 ; Renzulli, 1992 , Reis and Renzulli , 1991;Starko, 1988)

وعرّف الإنتاج الإبداعي بأنه الإتيان بالشيء الجديد، أو الحل الناجح للمشكلة بطريقة مفيدة وأصيلة، أو تطوير وتركيب الجديد ذو القيمة، أو الأصالة في الإنتاج، أو الفعالية والنشاط النفسي المتجدد.(السرور،2002).

ولقد درس الإبداع من خلال وصف النتاجات الإبداعية للطلاب،فقد بحث تورانس السلوكات الإبداعية لطلاب المدرسة الابتدائية من خلال أدائهم على اختبارات الإبداع، ورأى باحثين من مثل رينزولي ورايس(Reis and Renzulli , 1985,1986)، وهينسلي وروبرتس (Haensly,Roberts,1987) أن الإنتاجية الإبداعية هي من مؤشرات السلوك الإبداعي،وأنها يمكن أن تشاهد وأن تنمى وتطور وتتحسن عند الطلاب أو عند البالغين .

ولهذا فإن الإنتاجية الإبداعية تشمل عملية تطبيق قدرات ومهارات شخص على مجال ذي اهتمام شخصي،بغرض تطوير مواد أصلية ومنتجات صممت لغرض أن يكون لها تأثير على شخص أو أشخاص مستهدفين .

وذكر هينسلي وروبرتس (Haensly,and oberts,1983)عدد من المكونات الضرورية لتطور الإنتاج الإبداعي الناجح وهي: القناعة الذاتية والمتعة،وأصالة الاهتمام بالموضوع،والفرص المتاحة للتعبير الإبداعي،والمواظبة على المهمة،والقدرة على اختيار جمهور مناسب لكي يقدّم لهم الإنتاج الإبداعي، واعتراف الجمهور والتغذية الراجعة المفيدة،وإنجاز المشروع لما كان متوقعا منه أنه فعّال،والقدرة على تجاوز العقبات مثل: نقص الوقت،والمال،والتعاون . (Delcourt,1993).

ويقدم رودس (Rhodes , 1987) آراء حول الإنتاج الإبداعي ويقول : بأن الإنتاج الإبداعي هو من صنع أفكار الإنسان، فإن تحليل الإنتاج يساعد على إعادة بناء العملية العقلية للاختراع، وهكذا فإن البحث في طبيعة العملية الإبداعية تبدأ من الإنتاج إلى الفرد،ثم إلى العملية وثم إلى العلاقة بين الناس والبيئة .

ويقترح (Amabile, 1983) بأنه يجب تثمين أفكارنا حول ما هو ذلك الشيء الذي يجعل الإنتاج إبداعيا متميزاً، وأن يتم تحديد الطرق لتقييم هذه الخصائص . فالإبداع ينعكس في إنتاج أفكار جديدة،فإن جمع وإعادة تنظيم المعرفة بشكل منظم يلعب دوراً مهماً للوصول إلى أفكار مبدعة وجديدة.

.(Mumford and Baughman,1997- Reis and Renzulli, 1991)

العملية الإبداعية :(Creative Process)

إن العملية الإبداعية يمكن تفسيرها من خلال عدة طرق مختلفة وهي:

- العملية الإبداعية يمكن أن تعزى إلى سلسلة من الخطوات أو المراحل التي يقوم الشخص المبدع بعملها وذلك عند توضيحه للمشكلة وتحديدها والعمل عليها ومن ثم الوصول إلى نتيجة يعمل على حلها.
- العملية الإبداعية يمكن أن تعزى إلى تغير إدراكي سريع نسبياً أو حدوث تحول عندما تكتشف فكرة جديدة أو حل لمشكلة ما.
- العملية الإبداعية يمكن أن تعزى إلى التقنية أو الاستراتيجية التي يستخدمها الأفراد المبدعين. (Davis,1983)

وتشير خاتينا (Khatena, 1995) أن العملية الإبداعية تبدأ بالخيال، ويتم التعبير عن الإبداع بالعديد من الوسائل ومنها : اللغة، والرسم، والموسيقى .

أما جيلفورد(Guilford,1985) فقد وصف العملية الإبداعية من خلال نموذج حل المشكلات الإبداعي على النحو التالي :

- الحضانة والإشراق والخيال : ففي مرحلة الحضانة يتم استخدام العمليات العقلية بشكل مكثف .
- الخيال الإبداعي : وهو عبارة عن عملية عقلية يعبر عنها بشكل غير لفظي .
- قياس الخيال الإبداعي : حيث تمثل الخيالات المختلفة والميزات الشخصية والبصرية التي تؤدي لإنتاج خيالات لفظية أصيلة. ويتم تحديد العملية الإبداعية بأنها تلك العملية التي تقود للإنتاج الإبداعي. (Reis and Renzulli,1991)

أما عن مراحل العملية الإبداعية عند والاس(Wallas,1962) فهي :

1. مرحلة التحضير أو الإعداد(Preparation): وتتضمن عملية الإعداد، التعرف على الوضع، والنظر إلى المشكلة الحقيقية، والتفكير بمتطلبات الحل الجيد، وتنقيح البيانات ذات العلاقة،وتطبيق حلول من المحتمل أن لا تكون ناجحة، وجدولة المواد والمصادر المتوفرة .
2. مرحلة الاحتضان أو الكمون (Incubation): يمكن أن ينظر إليها كمرحلة ما قبل الوعي أو اللاوعي، أو نشاط عقلي غير واعي يقوم به الشخص المفكر عندما يستثار

.ويقول والاس(Wallas,1962) بأن مرحلة الاحتضان تتضمن حقيقتين مختلفتين هما: الحقيقة السلبية التي يكون فيها الفرد في مرحلة الاحتضان غير واع أو لا يفكر بإرادته في مشكلة معينة.

والحقيقة الإيجابية : وهي أن سلسلة من الأحداث اللاواعية واللاإرادية تحدث في تلك الفترة.

3. مرحلة الإشراق(Illumination): وتعني حدوث تغير مفاجئ في الإدراك، تركيب فكرة جديدة، أو تحول ينتج حلا يغطي متطلبات المشكلة،ويصاحب ذلك شعور بالارتياح أو حتى الاستثارة.

4. مرحلة التحقيق(Verification): وهي مرحلة التأكد من الحل . إن مراحل والاس تشبه المراحل المتبعة في الطريقة العلمية وذلك بتحديد المشكلة،وضع الفرضيات، والتخطيط، ومن ثم القيام بالبحث وتقييم النتائج.(Davis, 1983)

5. الموقف الإبداعي :(Creative Condition) : وهو الحالة والظروف البيئية التي تلف عملية الإنتاج العقلي المبدع في الكشف عن لغز ما، أو بزوغ حل ما،أو ولادة فكرة ما،أو شعور الشخص في استعداده أو مقدرته على الشروع في الإنتاج المبدع. (السرور، 2003).

ويمكن تفسير الموقف الإبداعي من خلال التفكير الاستبصاري أو الشرارة التي تظهر للعيان بطريقة غير مباشرة كومضة التنوير، وتأتي سريعة وبنوعية ساحرة، وهي جزء يرد في كل أبعاد الحياة، وتعطي دفعة لكل شخص يتخذ قراراً وربما يكوّن خبرة عميقة، وهنا تحدث الشرارة الإبداعية، ويجب الإشارة إلى أنه لا يمكن التنبؤ بمكان أو زمان حدوث هذه الشرارة.

ويشير دافيز (Davis,1995-1992) إلى وجود خاصيتين أساسيتين تدلان على الإبداع وهما :

- التحفيز والمثابرة الذاتية المكثفة.
- الإبداعية الفذة ومن ثم التعبير الإبداعي، حيث لا يوجد فردان بالضرورة سيتصرفان أو يتشابهان بالتصرف في التعبير عن الإبداعية. (السرور،2002، Caropreso and Couch, 1996)

معوقات الإبداع

تؤدي العوائق الفكرية إلى سوء الاختيار الفعال للأساليب الفكرية أو نقص الحصيلة الفكرية،وكذلك تعمل العوائق التعبيرية على إعاقة قدرات الفرد المبدع على إيصال الأفكار ليس للآخرين بل لنفسه أيضاً ومن العوائق الفكرية والتعبيرية ما يلي:

- حل المشكلة باستخدام لغة-أو أسلوب - غير صحيح -لفظي،حسابي، تخيلي- مثل حل مشكلة بشكل حسابي بينما يكون من الأسهل حلها تصورياً.
- الاستخدام غير الملائم أو غير المرن للاستراتيجيات الفكرية لحل المشاكل.
- نقص المعلومات أو عدم صحتها.
- عدم كفاية وملاءمة مهارة اللغة – الأسلوب- للتعبير وتسجيل الأفكار. (Adames,J,1979)

وهناك العديد من العوامل التي قد تعمل على طمس الإبداع، منها ما هو مرتبط بالأفراد أو مواقع العمل، ومن هذه المعيقات نذكر :

المعيقات الثقافية

وترتبط المعيقات الثقافية بالعادات،والتقاليد، والتأثيرات الاجتماعية والأنظمة، والتوقعات، وضغوط الأقران والأصدقاء. يوجد العديد من الأسباب لعدم استخدام الأفراد لقدراتهم الإبداعية، ومن أكثر هذه الأسباب شيوعاً : تدخلات الآخرين، والأنظمة، والقوانين والسياسات المعيقة للإبداع.

المعيقات الإدراكية

وترتبط هذه المعيقات بالنزعة إلى القفز للنتائج بدلاً من النظر للبدائل،وتمنع هذه المعيقات من الحصول على صورة متكاملة ودقيقة للعالم،وترتبط هذه المعيقات الإدراكية بالعادات والتعلم،وحيث نتعود على إدراك الأمور بطرق معينة، فمن الصعب النظر إليها بطرق مختلفة.

المعيقات الانفعالية

تتداخل هذه المعيقات مع التفكير الواضح، بحيث تسيطر أحياناً على إبداع العقل وأحياناً أخرى تجمد التفكير،ولا تنمي المعيقات الانفعالية الإبداع،فيعاني بعض الأفراد من الغضب، والخوف، والقلق،والكراهية، وقد يكون ذلك بشكل مؤقت مما يسبب مشاكل مع

الزملاء، والآباء،وقد تكون هناك معيقات انفعالية مستمرة كالتوتر المزمن،والخوف من الفشل أو الرفض،وتدني مفهوم الذات،ومن الممكن أن تواجه هذه المعيقات عن طريق إستراتيجية حل المشكلات .(Davis,1983).

ومن المعيقات التي تؤثر على تنمية الإبداع أيضاً:

- **التقييم والمكافأة** : إذ ينبغي أن يعمل الفرد على مشاريع بدوافع ذاتية وليس لأجل الحصول على المكافأة الخارجية .
- **التنافس** : إذ تعمل البيئة التنافسية على تشويش الإبداعية .
- **الخوف** : إذ يوجه الخوف تركيز الفرد نحو المصاعب عوضا عن الموضوع المطروح.
- **النظام التعليمي التقليدي**: الذي يفتقر للمرونة في استخدام أساليب التعليم .

ففي دراسة قام بها الينسار (ALencar , 1996) بهدف تقييم طلاب الجامعة لمستوياتهم الإبداعية الذاتية، مستويات معلميهم وزملائهم الإبداعية، على عينة من(428) طالب في البرازيل بعد إتمام اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي الجانب اللفظي A .

أظهرت النتائج أن الطلاب قيموا أنفسهم وزملاءهم بشكل أكثر إبداعية بالنسبة لمعلميهم.

واقترحت النتيجة بأن معلمي الجامعة هيئوا بشكل سيء بتدبير البيئة المسهلة للإبداع، وأن البيئة غير الملائمة للإبداع يمكن أن تكبت أو تقمع قدرات الطالب للإبداع، ولهذا تقترح الدراسة تحضير بيئة أفضل لمعلمي الجامعة وذلك لتحقيق أو إدراك القوى الإبداعية للطلاب.

- الإحباط وخيبة الأمل الذين قد يتعرض لهما المبدع نتيجة لعدم استيعاب الإبداع الموجود في أعماله .

(Caropreso and Couch , 1996 , Torrance and Safter, 1986, Khatena, 1995)

ونذكر هنا عدداً من النقاط باعتبارها مدعمات للموقف الإبداعي والبيئة الإبداعية والتي تشجع على الإبداع عند الأفراد والطلاب وهي:

- توفير الحرية لتجريب أساليب جديدة في العمل وتشجيع الأفراد على تحقيق النجاح كلٌ في المجال المناسب له، وتشجيع التنوع وذلك بتوفير الموارد والمكان وليس بوضع القيود.

- تشجيع بيئة – مناخ- مفتوح وآمن وذلك بمساندة وتدعيم الأفكار الغير تقليدية .
- المحافظة على التوازن بين العمل الذي يقوم به الفرد والزمن المتاح.
- تشجيع الإمكانيات التي لم يسبق الاستفادة منها بتقديم تحديات للطلاب والأفراد تدعوهم لأفكار جديدة وأساليب جديدة في العمل.
- توفير الشعور بالثقة بين الأفراد وذلك بجعل المناخ العام غير عقابي – لا يركز على الفشل ويؤكد على استخدام الأخطاء كمؤشرات تساعد الفرد على النجاح وذلك بإدراك الخطأ وتحويله إلى نجاح.
- تشجيع تعلم وتطبيق مهارات التفكير الإبداعي .
- تشجيع مستوى رفيع من التفاعل بين الأفراد وتنمية مهارات التعاون وحل المشكلات بينهم. (الأعسر،1999).
- واقترح تورانس 1977 (Torrance ,1977) نقاطاً لتشجيع وتوجيه الأفراد نحو المزيد من الإبداع وهي:

• الوعي للمشكلة وتعريفها : فلا تفكير مبدع متوقع حدوثه بدون إدراك ووعي للمشكلة.

• الأصالة: فالأصالة غالباً ما تتطلب المخاطرة بكونك مختلفاً،وغير متوقع، وغير عادي وغير رتيب . فهناك ثلاثة ظروف تربط كلاً من عوامل الأفراد والبيئة وتدعم التفكير الأصيل وهي:

  - السماح لوقت ملائم لإنتاج البدائل .
  - توفير وقت لتوليد الأحجيات والألغاز ومن ثم توفير وقت لتصحيحها.
  - تشجيع الاهتمام حول جدية وأهمية المشكلة .

- الإتقان : الحل الإبداعي الناجح لمشكلة يتطلب أن تكون البدائل المختارة قادرة على التوسع أو التطوير،وهذا يخطط لانجاز الحلول والأفكار التي طورت.
- النظر للموضوع من وجهة أخرى: حاول افتراض نواح جديدة وغير اعتيادية،فغالباً ما تأتي الإبداعات والأشياء الجديدة من هؤلاء الذين ينظرون بطرق جديدة للأفكار والمواضيع والعمليات.

- التمتع بالروح المرحة: الروح المرحة تتضمن الكثير من عناصر التفكير المبدع، مثل المفاجأة، والتركيبات غير العادية،والتلاعب بالرؤى والإثارة،فالمرح غالباً ما يؤدي لنظرات جديدة ورؤى غير متوقعة لحو المصاعب،والمرح يجب أن يكون تلقائياً ويفض الرتابة .

فكونك واعياً للحاجة إلى الإبداع ومحاولتك لتصبح مبدعاً بمستوى ناضج سوف يساعدك لتصبح أكثر إبداعاً .(Caropreso and Couch , 1996)

قياس الإبداع

يعد قياس الإبداع مهمة صعبة وحساسة ويعود ذلك لصعوبة وضع تعريف محدد لمفهوم الإبداع، إذ قامت النظريات المختلفة بدراسة الإبداع بطرق مختلفة مما أدى لظهور العديد من التعريفات للإبداع،إضافة إلى صعوبة فهم العلاقة بين الموهبة والإبداع مما يزيد من صعوبة قياس الإبداع.(Hunsaker and Callahan, 1995) ويتم استخدام اختبارات الإبداع لقياس القدرات والسمات الشخصية للمبدعين،ولاستخدام اختبارات الإبداع في الكشف عن الطلبة المبدعين والمتميزين وفي اختيارهم من أجل البرامج التي تخصهم، وتستخدم اختبارات الإبداع لتقييم آثار ونتائج التدريب على الإبداع، وتستخدم اختبارات الإبداع في الإرشاد وتقديم معلومات تساعد في تقديم خدمات للأطفال والطلاب،وللحصول على المعلومات التي تساعد في تحسين الخدمات التقدّم للأطفال. (Davis,1983)

ومن المقاييس المستخدمة في قياس الإبداع

- **مقياس تورانس للتفكير الإبداعي : (Torrance Test of Creative Thinking)**

يعد هذا المقياس الذي أعده تورانس عام 1966 م من أشهر مقاييس الإبداع العالمية، وقد تم ترجمته إلى 34 لغة واستخدم فيما يقارب ال(2000) دراسة، ويرمز له بـ TTCT ويتألف المقياس من صورتين :

- صورة لفظية، نموذج أ و ب
- صورة شكلية، نموذج أ و ب

وتتكون الصورة اللفظية من 6 أسئلة أما الصورة الشكلية فتتكون من ثلاث، ويمكن تطبيق هذا المقياس على الأفراد من سن الروضة حتى سن الرشد .

أما عن المهارات التي يقيسها فهي : الطلاقة، المرونة، التفاصيل والأصالة، ويحتاج الاختبار إلى 42 دقيقة لتطبيق الصورة اللفظية و 30 دقيقة لتطبيق الصورة الشكلية .

(Cramond and Uuskyla ,1994 –2002 ،السرور)

- صدق الاختبار في صورته الأصلية اللفظية:

يتوفر لاختبارات تورانس للتفكير الإبداعي في صورته الأصلية دلالات صدق مختلفة فبتفحص نماذج أسئلة الاختبار يتبين مدى القدرات المقاسة،وملاءمتها كمقياس للقدرة الإبداعية باعتماد نظرية جيلفورد المحددة لمجال السلوك الإبداعي،وبهذا يمكن القول بأن صدق المحتوى متوافر لهذه الاختبار. (الشاذلي، 1995).

- ثبات الاختبار في صورته الأصلية اللفظية:

أما ثبات الاختبار فقد تم استخراجه بإيجاد معامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار بفارق زمني قدره أسبوع واحد على عينة مكونة من (120)طالباً وطالبة،وأشارت معاملات الثبات إلى أن الدرجات الكلية للمفحوصين تتمتع بثبات قدره (0.71) على الصورة اللفظية للاختبار،وجميع هذه المعاملات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ألفا (0،.1a). (الشاذلي، 1995)

- تصحيح الاختبار

1. حساب درجة الطلاقة: عن طريق عدد الاستجابات المنتمية لكل سؤال.
2. حساب درجة المرونة: عن طريق عدد الإجابات المختلفة والمتنوعة التي ظهرت في الاستجابات المنتمية لكل سؤال.
3. حساب درجة الأصالة: يتم احتساب درجة الأصالة عن طريق تحديد الإجابات النادرة التي يتفرّد بها 5٪ من الطلبة فما دون. حيث تعطى 5 علامات للطالب الواحد إذا تفرّد في الإجابة من بين 1٪ من الطلبة، و4 علامات للطالب الواحد إذا تفرّد في الإجابة من بين 2٪ من الطلبة، و 3علامات للطالب الواحد إذا تفرّد في الإجابة من بين 3٪ من الطلبة، وعلامتين للطالب الواحد إذا تفرّد في الإجابة من بين 4٪ من الطلبة، وعلامة واحدة للطالب الواحد إذا تفرّد في الإجابة من بين 5٪ من الطلبة.

4. حساب الدرجة الفرعية لكل بعد من (الطلاقة،المرونة،الأصالة) والدرجة الكلية على الاختبار: يتم حساب درجة المفحوص الفرعية على كل بعد عن طريق جمع العلامات التي حصل عليها المفحوص على كل مهارة من المهارات التي يتشكل منها الاختبار ويتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص على أبعاد الاختبار الثلاثة (الطلاقة، المرونة، الأصالة).

- اختبار 'افترض أنْ': (Just Suppose Test)

وقد أعده كل من تورانس وهيزيكسون، وهو جزء من النموذج اللفظي لاختبار تورانس للتفكير الإبداعي، وقد تم تطوير نموذجين من هذا الاختبار، حيث يعطى الطلاب في كل نموذج 6 مواقف مستحيلة وغير متشابهة ويطلب منهم استخدام أخيلتهم في توقع ما يحدث لو أصبحت هذه المواقف المتخيلة مواقف حقيقية. (Torrance and Saffter , 1989).

اختبار قياس الإبداع : لفرانك ويليامز Creativity assessment Packet(CAP)

يتكون الاختبار من أداتين هما :

1. اختبار التفكير المتشعب .
2. اختبار المشاعر المتشعبة .

ويقيس اختبار التفكير المتشعب مهارات (الطلاقة، المرونة، التفاصيل، الأصالة) وأسلوب قياسه لهذه المهارات بما يقوم به الطالب من رسم للأشكال والرسومات التي تطلب منه .

و يقيس اختبار المشاعر المتشعبة مهارات (الفضول، الخيال، التعقيد،المغامرة) وأسلوب قياسه لهذه المهارات من خلال الكتابة التي يقوم بها الطالب.

ويطبق هذا الاختبار على الأطفال بشكل جمعي، تستخدم الأداتين للمسح والتعرف والتقييم لعوامل الإبداع المهمة والتي يمكن ملاحظتها عند جميع الأطفال بدرجات مختلفة .

وقد طوّر هذا الاختبار لغايات استخدامه في المسوحات التي تجريها المدارس للتعرف على الأطفال الموهوبين والمبدعين بهدف إلحاقهم في البرامج الخاصة سواءً المحلية أو الوطنية، والتي تقدم خدمات تعمل على تطوير القدرات الإبداعية عند الأطفال.

كذلك فإن هذا الاختبار يمكن أن يستخدم من قبل معلمي الصفوف العادية المهتمين بالتعرف على القدرات الإبداعية عند الأطفال والعمل على تنميتها، كل أداة حسب المجال

والجانب الذي تقيسه، ويستهدف الاختبار الطلاب الذكور والإناث من عمر 6 سنوات إلى 18 سنة (من الصف الأول إلى الصف الثاني الثانوي)،ويطبق الاختبار من قبل المعلم بشكل جمعي في الصف. (Williams,1993) .

اختبارات جتزلز وجاكسون : (Getsels and Jackson Tests)

فقد ظهرت اختبارات جتزلز وجاكسون في عام 1962، ويحتوي الاختبار على خمسة اختبارات وتتميز هذه الاختبارات بسهولة ويسر في استعمالها بشكل عام،وهي:

- اختبار ترابط الكلمات،اختبار الاستعمال،اختبارالأشكال المخفية، اختبار القصص، اختبار المشاكل وحلها

اختبارات جيلفورد : (The Guilford Tests)

ابتكر جيلفورد مكعبة ذات ثلاثة أوجه من أجل وصف كيفية استخدام الأفراد لعقولهم،وهو ما يسمى بنموذج جيلفورد للذكاء .وتتضمن الأوجه الثلاثة للمكعب على ما يلي:

1. المحتويات
2. النتاجات
3. العمليات

ويذكر جيلفورد أن هناك 120خلية في هذا النموذج، ويحتوي نموذج جيلفورد على 24 قدرة تفكير تباعدي،ستة منها إنتاج،وأربع منها تعتبر محتويات،وحيث تشكل جميعها اختباراً للإبداع . (السرور، 2002).

اختبار جويستك للإبداع : (Chopstick Creativity Test)

ويستخدم هذا الاختبار كمقياس للإبداع، حيث يعتبر اختبار إبداع لفظي يستخدم لبحث القدرة على التفكير الإبداعي، وذلك بعد تشجيع الطلبة على هذا التفكير، ويقيس الاختبار ثلاثة عوامل للتفكير الابداعي هي الطلاقة، المرونة، الأصالة،ويستغرق تطبيق هذا الاختبار 10 دقائق. وقد صمم من قبل وفي عام 1998 (Shuching and Wenchaun ,2004).

وقد تم إجراء العديد من الدراسات لتقييم الإبداع وقياسه ومنها :

- دراسة جلن (Jellen , 1989) لتقييم التفكير الإبداعي عن طريق الرسم، حيث وجدا أن الرسم غير متحيز ثقافيا .
- دراسة هينسي وأمابيل (Hennessey and Amabile , 1992) حيث طورا طريقة لقياس الإبداع اللفظي عند الأطفال من خلال سرد قصة باستخدام مجموعة من الصور، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على 110 أطفال تراوحت أعمارهم بين (5-10) سنوات، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة صدق هذا المقياس.
- وفي دراسة طولية لتورانس ووي(Torrance and Wu , 1981) على مجموعة من الطلبة المبدعين في المداس الابتدائية استمرت من 1958 – 1980 لقياس عدد من مقاييس الإبداع التالية و هي :
  - عدد الانجازات الإبداعية في المرحلة الثانوية .
  - عدد الانجازات الإبداعية في ما بعد الثانوية .
  - عدد الانجازات الإبداعية في الحياة العامة .
  - نوعية الانجازات الإبداعية المتميزة .
  - التصورات المستقبلية .

وخلصت الدراسة إلى أن اختبارات الذكاء لا تقيس الإبداع .

- وأجريت دراسة (Daugherty ; White ; Manning , 1994) هدفت لفحص العلاقة بين العمليات التفكيرية الناتجة عن الحديث الذاتي للأطفال من بين مقاييس القدرات الإبداعية لهم،و التعرف على دور الحديث الذاتي مع نتائج مقاييس الإبداع لدى الأطفال، وقد تكونت العينة من (42) طفل من مرحلة ما قبل المدرسة والروضة، وتم استخدام اختبار تورانس للأداء والحركة، وقد أشارت النتائج إلى ارتباط عبارات التعزيز الذاتية التي يقوم بها الأطفال أثناء حل المشكلات مع الدرجات العالية على مقاييس الإبداع، كما يلعب البعد الوجداني دورا حاسما في التفكير الإبداعي .

مع الأخذ بعين الاعتبار أن الحضارة لها تأثيرات على الإبداع وفي كيفية الاستجابة لاختبارات الإبداع، وأن الكثير من الاختبارات التي نستخدمها من اجل التعرف على الطلبة المتميزين تعطي حكما على سرعة أداء الطالب أكثر من حكمها على عمليات التفكير

المتأنية(أي تهتم بسرعة الانجاز ولا تهتم بتفكير الطفل المتأني) وعلينا التذكر بـان الـتفكير المتأني له قيمة مثل التفكير السريع ولا بد أن نسمح للطلبـة أن يظهـروا مهـاراتهم في كلـتي الحالتين . (Cramond and Uuskyla, 1994 _ Callagher ,S; Johnsom ,E,S.1992)

مراجع الفصل الثاني

المراجع العربية

- الأعسر، صفاء، (1999) . الإبداع في حل المشكلات،الطبعة الأولى، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية .
- التويجري، محمد، منصور، عبد المجيد، (2000). الموهوبون آفاق الرعاية والتأهيل بين الواقعين : العربي والعالمي، الطبعة الأولى، مكتبة العبيكان، الرياض، السعودية.
- جروان، فتحي، (2008) .الموهبة والتفوق والإبداع، الطبعة الثالثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان،الأردن.
- خطاب، ناصر، (1994). فاعلية برنامج تعليمي في تدريس العلوم على تنمية قدرات التفكير الإبداعي عند طلبة الصف السادس الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية،عمان،الأردن.
- درويش،زين العابدين، (1996). نحو نموذج إجرائي لتنمية الإبداع، دراسة مقدمة إلى ندوة المدرسة والأسرة والمجتمع في تنمية الابتكار في جامعة قطر،الدوحة،قطر.
- السرور، ناديا، وآخرون،(2009) تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة . الطبعة الثانية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان - الأردن .
- السرور، ناديا، (2003). مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين، الطبعة الرابعة، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن .
- السرور، ناديا، (2002). مقدمة في الإبداع، دار وائل للنشر،الطبعة الأولى، عمان، الأردن .
- سليمان، عبد الرحمن، عبد الحميد، أشرف، البيلاوي، إيهاب، (2010). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة، دار الزهراء، الطبعة الثانية، السعودية،الرياض.
- عامر، أيمن، (2003) .الحل الإبداعي للمشكلات بين الوعي والأسلوب، الطبعة الأولى، مكتبة الدار العربية للنشر، القاهرة، مصر.

- كروبلي، آرثر،(2002).الإبداع في التربية والتعليم (مرشـد المعلمـين والتربـويين)، ترجمة الحارثي، ابراهيم، مكتبة الشقري للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربيـة السعودية .
- محمد،عبـد الـصبور منـصور،(2006).الموهبـة والتفـوق والابتكـار، دار الزهـراء، الطبعة الأولى، السعودية، الرياض
- نيسبت، ريتشارد إي، (2005). جغرافية الفكر- كيف يفكر الغربيون والآسيويون على نحو مختلف -،ترجمة شوقي،جلال، سلسلة عالم المعرفة،رقم 312، الكويت.
- يحيى، خولة،(2006). البرامج التربويـة للأفـراد ذوي الاحتياجـات الخاصـة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان - الأردن .

المراجع الأجنبية

- Adames,J, .(1979). Conceptual Blockbusting .Second Edition ,W.W . North and Company ,Inc.USA
- Alencar, E,M.(1996) . University Students Evaluation of Their Teaches and Colleagues Level of Creativity .Gifted Education International , vo.11,no.3,pp.128-130 .
- Caropreso, E.,J.; and Couch,R.,A.(1996). Creativity and Innovation in Instructional Design and Development : The Individual in the Work Place . Educational Technology ,vo. November – December. , pp31 - 39 .
- Claxton, T. c. (2008). Happiness,Ceative Ideation,and Locus of control. Creativity Research Journal , 67-71.
- Cramond ,B.;and Uuskyla,K.(1994). Are Expressions of Creativity Culturally Dependent ? An Exploratory Comparison of Two Countries. Gifted and Talented international. vol . 9 ,no.1,pp. 8 -9 .
- Creative Behavior, vol.24, No.3,pp . 190- 199 .
- Daugherty, M. ;White , S.;and Manning , B, H.(1994).Relationships A mong Private Speech and Creativity Measurements of Young Children , Gifted child Quarterly. vol. 38 , no.1,pp. 22 – 26 .
- Davis, G.A .(1983).Creativity is For Ever.(1ed)Hant Publishing Company,USA.Chapter 1,2.
- Delcourt,M.(1993).Creative Productivity Among Secondary School Students : Combing Energy , Interest and Imagination . Gifted Child Quarterly, vol. 37,no.1, pp.23 -31 .
- Freeman, J.(1991). Gifted Children Growing –up. Published by Cassell Educational Limited .England.

- Gross, M. U. (2000). Hoagies'Gifted Education Page. Retrieved March Monday, 2009, from hoagiesgifted: www.hoagiesgifted.org/ underserved.htm+social+isolation
- Hennessey, B., A.; and Amabile ,T.,M.(1992) . Story – telling : A method for Assessing children's Creativity. The Journal of Creative Behavior , vol. 22, No.4, pp. 235 -246 .
- Hunsaker ,S. ; and Callahan, C., M . (1995) . Creativity and Giftedness : Published Instrument Uses and Abuses . Gifted Child Quarterly , vol .39, .no.2, pp. 110 -114 .
- Jellen ,H.,G. (1989) . Assessing Creative Potential World – Wide : The First Cross- Cultural Application of the Test for Creative Thinking–Drawing Production (TCT-DP). Gifted Education International , vol. 6, no. 2, pp.78 -86 .
- Khatena,J.(1995).Creative Imagination and Imagery . Gifted Education International ,vol. 10 ,no.3,pp. 123-130 ..
- Khatena,N.(1995) .Art and Creative Imagination , AB Academic publisher NY ,vol.10, No.3, pp.131-136.
- Mueller, C. E. (2009). Protective Factors as Barriers to Depression in Gifted and Nongifted Adolescents. Retrieved from SAGE JOURNAL ONLINE: http://gcq.sagepub.com/cgi/content/abstract/53/1/3
- Mumford,M ; Baughman,W; Costaanza,M ;and Supinski,p.(1997). Process –Based Measures of Creative Problem – Solving Skills :IV. Category Combination,Creativity Research Journal,vol.10,no.3,pp.59-71.
- Neihart, M. (2002). Gifted Children and Depression. In The Social and Emotional of Gifted Children (p. 96). Prufrock Press, Inc.
- On Line Education Blog. (2009, January 11). Retrieved from Needs and Problems of Gifted and Talented Children: http://www.educationguideonline.net/needs-and-problems-of-gifted-and-talented-children/
- Palaniappan, A,K.(1996). Across-Cultural Study of Creative perceptions, Perceptual and Moto skills, 82.pp 96-98.
- Reis ,S, M.; and Renzulli , J , S. (1991) . The Assessment of Creative Products in programs for Gifted and Talented Student. Gifted Child Quarterly , vol 35 , no.3,pp.128- 134.
- RenzuLLi ,J.,S.(1992). A GeneraL Theory for the Development of Creative Productivity Through the Pursuit of Ideal Acts of Learning . Gifted Child Quarterly , vol .36 ,no. 4, pp. 170 – 181.
- Rothenberg,A,andCarl,R.(1983).The Creativity Question. Fourth Print. Duke University Press.Durham,N,C,USA.

- Rowland , G. (1995). Instructional Design and Creativity : A Response to the Critisized . Educational Technology , Septemper – October, vol.35,no. 5,pp 17-22.
- Runco , M ,A. (1993). Divergent Thinking , Creativity , and Giftedness . Gifted Child Quarterly , vol .37,no.1,pp.16-21.
- Runco , M ,and Albert,R .(1990) . Theories of Creativity . Sage Publications,Inc.USA
- Sawyers , K ,J; and Mehrotra, J. (1989). A longitudinal Study of Original Thinking in Young children . The Creative Child and Adult Quarterly, vol.5 , no 33-34 ,pp. 130-134.
- Shuehing,Y and Wenchaun,L.(2004)The Relationship Among Creative Critical Thinking and Thinking Styles in Taiwan High School Students, Journal of Instruction Psychology,vol. 31 ,no. 1 ,pp.33-45.
- Starko,A.(1988). Effects of the Revolving Door Identification Model on Creative Productivity and Self – Efficacy . Gifted Child Quarterly , vol. 32 , no.3,pp.291-297.
- Sternberg,R.,J. ;and Lubart ,T., I.(1993) . Creative Giftedness : A Maltivariate Investment Approuch. Gifted Child Quarterly, vol. 37, No .1, pp .7-13 .
- Torrance ,E, P. ; and safter , H.,T. (1989) . The young Range Predictive Validity of the Just Suppose Test .The Journal of Creative Behavior , vol. 23 , No.4,pp.219 -223 .
- Torrance ,E.,P., and Wu ,T. (1981) . A comparative Longitudinal Study of the Adult Creative Achievements of Elementary School Children Identified As High Intelligent and As Highly Creative . The Creative child and Adult Quarterly, vol.1, No.2,pp.71-75
- Torranee,E.,P.;and Safter ,t.(1986). Are Children Becoming More Creative ?. Journal of Creative Behavior,vol.20,no.1, pp. 1-12 .
- Toth , L.,S. ; and Baker , S., R.(1990). The Relationship of Creativity and Instructional Style Preferences to Overachievement and Under – achievement in A Sample of Public School Children . The Journal of
- Williams,F.(1993).Creativity assessment Packet(CAP) . Pro.ed An International Publisher,USA.

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

- المقدمة
- تعريف الإعاقة العقلية
- المراحل التي مرت بها ظاهرة الإعاقة العقلية
- الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي
- تصنيف الإعاقة العقلية
- نسبة انتشار الإعاقة العقلية
- أسباب الإعاقة العقلية
- الوقاية من الإعاقة العقلية
- خصائص الأطفال المعاقين عقليا
- تشخيص الإعاقة العقلية
- الإتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية
- علاج الإعاقة العقلية
- الشروط اللازمة لإنجاح علاج الإعاقة العقلية
- الخدمات التربوية التي تقدم للإطفال المعاقين عقليا
- مناهج وأساليب تدريس الموقين عقليا
- محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقليا
- استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا
- مراجع الفصل الثالث

الفصل الثالث

الإعاقة العقلية

Mental Retardation

المقدمة Introduction

تعتبر الإعاقة العقلية إحدى التحديات التي تواجه المتخصصين في مجال التربية الخاصة وذلك لأنها تشكل مشكلة مختلفة الأبعاد من النواحي النفسية والتعليمية والطبية والاجتماعية . حيث إن الإعاقة العقلية تؤثر في مجالات النمو العقلي ، والجسمي ، واللغوي و الاجتماعي .، ويظهر هذا شكل سلبي على الجانب العقلي في كل من ضعف الانتباه ، وضعف الذاكرة ، وضعف القدرة على التعلم . وأما على الجانب الجسمي فإن أصحاب هذه الإعاقة يظهرون ضعفا واضحاً وتأخراً في سرعة النمو ومعدله بالإضافة إلى تشوهات مختلفة في الرأس والوجه والأطراف ، وكذلك يكونون غرضة للأمراض المختلفة ، أما بالنسبة للجانب اللغوي فانه تظهر عليهم بوادر التأخر اللغوي من خلال اضطرابات النطق وخاصة للذين يعانون من تخلف عقلي شديد حيث يعانون من فشل في التواصل الاجتماعي وانسحاباً اجتماعياً بالإضافة إلى العديد من الاستجابات الانفعالية الاجتماعية غير التكيفية.

تعريف الإعاقة العقلية Mental Retardation Definition

مر تعريف الإعاقة العقلية بتطورات كثيرة في أربعينيات وخمسينيات القرن العشرين السابق حيث كان ينظر إليها على أنها مشكلة طبية بالدرجة الأولى، ثم بدأ الاهتمام بها على أنها مشكلة اجتماعية ، وتطور الاهتمام بها على أنها مشكلة تربوية . وتعتبر الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الأبعاد، ومن ثم تعددت وتنوعت التعريفات حول مفهومها وانتشرت التعريفات الطبية والاجتماعية والتربوية (بدر ، 2010).

التعريف الطبي: Medical Mental Retardation

يعد التعريف الطبي من أقدم التعريفات لحالة الإعاقة العقلية ، إذ يعتبر الأطباء من أوائل الذين اهتموا بتعريف وتشخيص الإعاقة العقلية ، حيث ركزوا على أسبابها، ففي عام 1900 م ركز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل وبعد الولادة ، وفي عام 1908ركز تريدجولد (Tredgold) على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كان تلك الأسباب قبل الولادة أم بعد الولادة. (الروسان، 2010)

ويعتبر تعريف جيرفس (Jervis) نموذجاً للتعريف الطبي حيث ينص على أن الإعاقة العقلية حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ الناتج عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو بسبب عوامل جينية .(القريوتي وآخرون ، 2003)

التعريف الاجتماعي:Social Definition

ظهر هذا التعريف نتيجة الانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بينية ومقياس ويكسلر في قدرتها على قياس قدرة الفرد العقلية. حيث ركزت عالمة الاجتماع ميرسر (Mercer) على الإطار الاجتماعي للفرد وهو الذي يحدد فيما إذا كان معاقاً عقلياً أم لا ، وتؤكد أيضا ميرسر على أن الشخص الضعيف عقلياً قادر على الكسب وتحقيق مستوى من الحياة ينسجم مع ما هو متوقع في فئته الاجتماعية ، إضافة إلى أنه يتمتع بسلوك مقبول ، فمن غير الممكن أن نصفه بأنه معاقا عقليا . وتتفق ميرسر إلى حد ما مع تريد جولد وسودي (Tredgold & Soddy) حيث تريان أن الإعاقة العقلية عبارة عن حالة من العجز في النمو العقلي بدرجة لا تسمح للفرد بمواءمة نفسه مع البيئة العادية لأقرانه بشكل يتيح له العيش مستقلا دون الحاجة لمساعدة الآخرين وإشرافهم . (الريحاني ، 1985)

يركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها ، وعلى ذلك يعتبر الفرد معاقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه (الروسان ، 2010)

التعريف التربوي: Educational Definition

يركز هذا التعريف على عدم القدرة على التعلم في مستوى العاديين وعلى أساس مدى القدرة في الاستعداد والانجاز التحصيلي لدى الأطفال. حيث يعرف الطفل المعاق بأنه

الطفل الذي يعاني من تخلف دراسي وبطء في التعلم، فهو لا يستطيع أن يستفيد إلى درجة كبيرة من برامج المدارس العادية بسبب قصور في القدرة العقلية. أما بعض التربويين فقد أشاروا إلى أن الإعاقة العقلية تنتج عن عدم ملائمة البيئة التعليمية وعدم قدرتها على الاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد بشكل مناسب .

ويعبر تريد جولد (Tredgold) عن وجهة النظر هذه بقوله إن الإعاقة العقلية تشير إلى مستوى من الأداء يتطلب من المجتمع توفير طرق خاصة ومصادر أوفر للتدريب على السلوك التكيفي في المراحل العمرية المختلفة ، حيث أن المعاق عقليا يتميز بحاجته إلى طريقة أكثر فاعلية في التعليم وليس بمحدداته أو قصور في التعلم. (القريوتي وآخرون،2003)

تتعدد أبعاد الإعاقة العقلية ويجب الإشارة هنا إلى أن أكثر التعريفات قبولا وانتشارا هو التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (1992) American Association on Mental Retardation 1992 ، حيث يرى هذا التعريف أن الإعاقة العقلية هي نقص في جوانب معينة من الكفاءة الشخصية تظهر من خلال أداء دون المتوسط للقدرات العقلية مصحوبا بنقص من مهارات التوافق في واحد أو أكثر من المجالات الآتية : المهارات العقلية ، والمهارات العلمية، والمهارات الاجتماعية ، والأداء الأكاديمي، ومهارات وقت الفراغ، والتوجه الذاتي والعناية بالذات. (بدر ، 2010)

ويتميز تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة عن غيره بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توفرها قبل الحكم على فرد ما بأن متخلف عقليا ، وهذه المحكات هي :

1. انخفاض دال في الوظائف العقلية ويقصد بذلك هو وجود مقدار انحرافين معيارين عن المتوسط (مقياس وكسلر تكون درجة الذكاء أقل من (70) أما على مقياس ستانفورد بينيه تكون درجة الذكاء أقل من (68).
2. قصور في السلوك التكيفي : ويشير هذا المفهوم إلى درجة كفاية الفرد على الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل عمره أو فئته الاجتماعية ، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية .
3. ظهور انخفاض في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشر، وعليه فإن احتمالات القصور في الوظائف العقلية والتي قد يصاحبها عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل عمرية لاحقة نتيجة

عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات إعاقة عقلية (القمش والمعايطة ، 2010).

المراحل التي مرت بها ظاهرة الإعاقة العقلية

تشير معظم ومختلف المصادر إلى أن الحضارات المتعددة استجابت لظاهرة الإعاقة العقلية كل حسب قناعاتها وثقافاتها ، حيث مرت في أربع مراحل رئيسية هي :

1. **مرحلة الإبادة** Stage of Genocide : حيث كانت المجتمعات القديمة الإنسانية في العصور الوسطى القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء . وأبرز الأمثلة ما ورد في جمهورية أفلاطون التي كانت تقوم على ارستقراطية العقل . فقد نادي أفلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا ، وكذلك فعلت اسبارطة والإمبراطورية الرومانية ذلك الأمر.
2. **مرحلة الإهمال:**Stage of Neglect في هذه المرحلة خفت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين عقليا ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت، بل كانوا يتركون في المجتمع مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا. (القريوتي وآخرون 2003) .
3. **مرحلة الرعاية الأساسية** Primary care Stage: ويمكن القول أن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء، والمرضى، والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظاً في المجتمع. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقليا وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء . كما شهدت هذه المرحلة وجود دور إيواء للمعوقين عقليا في أقبية الكنائس والمارستانات ، وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعوقين عقليا حيث كانوا يودعون السجون بجانب المجرمين ، للضن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع . وفي أحيانا كثيرة كانوا يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى العقليين. (Kirk & Gallagher,1983)
4. **مرحلة التربية و التأهيل:**Education and Rehabilitation Stage بدأت هذه المرحلة مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر وتميزت هذه المرحلة ببدء محاولات تدريب المعوقين وتأهيلهم. وتشكل جهود الطبيب الفرنسي ايتارد (Itard) البداية الحقيقة لهذه المرحلة ، حيث كان طبيبا لامعا يعمل في مركز الصم،

وفي عام 1798 وجد ثلاثة صيادين طفلا متوحشا في إحدى الغابات وسمي هذا الطفل باسم افيرون نسبة إلى الغابة التي وجد فيها حيث كان متوحشا بكل معنى الكلمة حيث لا يتقن أي جانب من جوانب السلوك الإنساني، حيث استطاع إيتارد وخلال (5) سنوات أن يدرب هذا الطفل المتوحش ويعلمه ويجعله ينطق ويكتب ويقرأ بعض الكلمات إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشئ . وقام سيجان (Seguin) وهو أحد تلاميذ إيتارد (1837م) بافتتاح أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا. وفي عام 1848م هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث افتتح سنة 1854أول مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا ، وبدأت برنامجا لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال حيث طورت نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين وتقوم على استثارة وتدريب الحواس .(القمش والمعايطة ،2010).

الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي

يخلط أحيانا وخاصة في أوساط غير المتخصصين بين مفهوم الإعاقة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي ، أو أنهم يصنفون المعوقين عقليا ضمن مرضى العقول أو العكس، والخلط بين هذين المفهومين يؤدي إلى تأخر العلاج اللازم لكل من مرضى العقول والمعاقين عقليا . ويترتب على ذلك تأخر فرص الشفاء وفرص التنمية لهؤلاء الأفراد . وقد تحدث الإعاقة العقلية:

1. قبل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة، وخلال فترة النمو وقبل سن المراهقة.
2. نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطراب أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف الدماغ. والإعاقة العقلية ليست مرضا وإنما هي حالة نقص في درجة ذكاء الفرد نتيجة لتوقف أو قصور النمو في الذكاء.

- المعاق عقليا Mental Retarded: هو من يعاني من تأخر أو توقف النمو العقلي لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب حتى سن المراهقة، مما يؤدي إلى نقص الذكاء و نقص القدرة على التعلم والتكيف،ولذلك هو حالة غير قابلة للشفاء.
- أما المرض العقلي:Mental Disturbed : هو عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، ومشكلات في الشخصية واضطرابات في السلوك.

- المرض العقلي يحدث في أية مرحلة من مراحل عمر الإنسان ولكن غالبا ما يحدث بعد سن المراهقة.
- المريض عقلياً: هو شخص معاق وجدانيا و انفعاليا ويعجز عن حل مشكلاته التي تواجهه.

ما يميز المرض العقلي انه:

- يحدث في أية مرحلة عمرية للإنسان.
- قد يحدث بعد اكتمال نمو العقل.
- العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقلياً يرتبط بفترة المرض فقط و بعد الشفاء منه يعود إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي.
- الشخص المريض عقليا يكون عادي الذكاء و قد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط. (الجلامدة، 2007)

تصنيف الإعاقة العقلية. Classification of Mental Retardation

ليس من السهولة دراسة تصنيفات الإعاقة العقلية وذلك لتشعبها وتعقدها إلا انه يمكن تبسيطها قدر المستطاع لتحقيق الفائدة التربوية العامة . ويعتبر التصنيف الأساس لأي مجال أو حقل علمي وله عدة أهداف، فهو القاعدة التصنيفية التي تقرر وضع الفرد في فئة عاملة، وعملية تصنيف الإعاقة العقلية من العمليات الحساسة والصعبة التي يجب توخي الحذر الشديد فيها.

وتؤكد التعريفات والتصنيفات الطبية على العوامل المسببة للإعاقة العقلية في الوراثة أو الإصابة بأحد الأمراض ، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة . أما التعريفات والتصنيفات الاجتماعية فإنها تتحدد من الخصائص السلوكية والاجتماعية وعدم النضج الاجتماعي ، ونقصان الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية للفرد وعدم القدرة على تفهم المواقف الاجتماعية ومسايرتها محكا أساسيا لتحديد المعاقين عقليا وفئاتهم المختلفة .

إن مجرد وضع فرد ما بوجه عام في نطاق مستوى معين للإعاقة العقلية ، لا يعني أن هذا الفرد لا يقوم بأداء وظيفي على مستوى أعلى أو مستوى اقل (في بعض الواجبات المعينة)، ولا بد من النظر إلى الشخص المعوق عقليا على انه فرد يمتلك درجات مختلفة من

القدرات في المجالات المختلفة ، هذه القدرات تتغير كلما تقدم الفرد تجاه تحقيق النضوج ، وكلما حصل على التدريب اللازم والمساعدة الملائمة .

(يحيى وعبيد، 2005)

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة ، فقد تصنف حسب الأسباب التي أدت إليها ، أو حسب درجة الذكاء ، أو حسب الشكل الخارجي، أو حسب القدرة على التعلم (التصنيف التربوي)، والتوافق والتكيف الاجتماعي .

تصنيف الإعاقة العقلية حسب الأسباب Classification of Mental Retardation by Causes.

تقسم الإعاقة العقلية إلى:

1. الإعاقة العقلية الأولية : التي تعود إلى أسباب ما قبل الولادة ويقصد بها الأسباب الوراثية .
2. الأسباب العقلية الثانوية: التي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل وأثناء فترة الولادة، أو بعد الولادة وغالبا ما يطلق عليها العوامل أو الأسباب البيئية.
(الروسان ، 2010) .

تصنيف الإعاقة حسب الشكل الخارجي Classification of Mental Retardation by form

ويقسم تصنيف الإعاقة العقلية حسب الشكل الخارجي المميز لكل فئة ومنها:

1. **عرض داون (Down Syndrome) التي كانت تعرف بالمنغولية (Mongolism)**،وتسمى هذه الحالة نسبة إلى الطبيب الانجليزي John Down حيث تعود أسباب هذه الحالة إلى اضطرابات في الكر وموسوم رقم 21 حيث يظهر هذا الزوج من الكروموسومات ثلاثيا لدى الجنين وهناك أيضا أسباب أخرى لحدوث هذه الحالة تعود إلى خطأ في موقع الكر وموسوم ، ويرتبط أيضا بعمر الأم .

ويمكن تصنيف هؤلاء الأفراد ضمن فئة الإعاقة البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائهم بين (55-70). كما أنهم يتميزون بخصائص جسمية مميزة حيث الوجه المسطح وصغر حجم الأنف، والعيون الضيقة، وكبر أو صغر حجم الأذنين، وظهور اللسان خارج الفم وتشققه، وعدم انتظام شكل الأسنان وأيديهم وأصابعهم القصيرة وكذلك رقابهم. (MacMillan, 1982) (الظاهر، 2005).

2. حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly): وهو تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة مما يؤدي إلى زيادة الضغط فتتلف أنسجة الدماغ ، وترجع زيادة هذا السائل إلى اختلال إعادة امتصاصه أو وجود عائق يمنع جريانه ، ويتصف هؤلاء المعوقون عقليا بكبر حجم الرأس وبروز الجبين ، وتحدث هذه الحالة نتيجة عدوى كالزهري أو التهاب السحايا التي تصاب به الأم أثناء فترة الحمل ، وربما تظهر هذه الحالة قبل الولادة أو خلال السنة الأولى من العمر،أو في الطفولة المبكرة ويمكن التعرف على هذه الحالة عن طريق قياس محيط الرأس وملاحظة منطقة اليافوخ . (يحيى وعبيد 2005).

3. حالات القماءة أو القصاع (Cretinism): تعتبر هذه الحالة من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية حيث يتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط وقد لا يتجاوز طول الطفل (60 – 70 سم) في مرحلة المراهقة، وترجع أسباب هذه الحالة إلى الأسباب الوراثية أو الخلقية نتيجة لنقص إفراز الغدة الدرقية لدى الأم الحامل ، وقد ترجع إلى عوامل مكتسبة نتيجة نقص في غذاء الطفل مما يؤدي إلى تلف في الدماغ .

يتصف هؤلاء الأطفال بالكسل والخمول وبطء الإستجابة وبطء النمو النفسي الحركي وتأخر في نمو الكلام ، ولا يميل هؤلاء الأطفال إلى التفاعل الإجتماعي مثل الإبتسامة ، أو الضحك ، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويميل لون جلده إلى الإصفرار ، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25– 50)، وكذلك يواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبة القراءة والكتابة والحساب وهي مهارات الحياة اليومية .(الخوجا ، 2001).

4. حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly): حيث تتميز هذه الفئة من الأفراد بكبر حجم الجمجمة ، وزيادة في حجم الدماغ وتتراوح نسبة ذكائهم بين (25– 50) أي أنهم يقعون ضمن الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ، ويكون سبب هذه الحالة عيبا في الموروثات التي تؤثر على نمو المخ ولابد هنا من الإشارة إلى أن زيادة الحجم لا تعني دائما وجود قصور عقلي. (الظاهر، 2004).

5. حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria PKU): يعود اكتشاف هذه الظاهرة إلى الطبيب النرويجي فولنج Voling عام 1934م وسبب وجود هذه الحالة هو نقص كفاءة الكبد في افراز الأنزيم الذي يساعد في عملية التمثيل الغذائي ،

ويمكن إكتشاف هذه الحالة عند الطفل من خلال عدة اختبارات مثل اختبار حامض الفريك التي توضع نقاط من حامض افيريك مع بول الطفل ، فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود حالة PKU لدى الطفل ،واختبار شريط حامض الفيريك حيث يوضع شريط حامض الفيريك في بول الطفل أو على فوطة الطفل وبعد ذلك يقارن اللون مع اللوحة الطبية المختصة بذلك ،واختبار غثري الذي تؤخذ عينة دم من كعب الطفل، فإذا ظهر مستوى الفينلين 20 ملغراما لكل 100ملم من الدم يعني وجود حالة (PKU) لدى الطفل . (كوافحة وعبدالعزيز ، 2011)

تصنيف الإعاقة العقلية حسب نسبة الذكاء Classification of Mental Retardation by IQ:

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسبة الذكاء المقاسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينية أو مقياس ويكسلر للذكاء ، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية :

1. **الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Mental Retardation):** وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (55–70) كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي أو يزيد هذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية .
2. **الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Mental Retardation):** وتتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (40–55) كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب، وتتميز هذه الفئة بخصائص حركية قريبة من مظاهر النمو العادي ولكن يصاحبها أحياناً مشكلات في المشي أو الوقوف ، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة .
3. **الإعاقة العقلية الشديدة (Sever Mental Retardation):** تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (40 فما دون) كما ويطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة ،وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني ، كما وتتميز هذه الفئة من الأفراد باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي .

تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

وتقسم الإعاقة العقلية هنا حسب متغير القدرة العقلية والسلوك التكيفي Adaptive Behavior حيث تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التصنيف إلى فئات الدرجة على مقياس الذكاء والدرجة على مقياس السلوك التكيفي ويشبه تصنيف الجمعية الأمريكية إلى حد ما التصنيف حسب درجة الذكاء مع التركيز على مظاهر السلوك التكيفي ، وهي :

1. الإعاقة العقلية البسيطة (Mildly Mental Retarded)
2. الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderately Mental Retarded)
3. الإعاقة العقلية الشديدة (Severely Mental Retarded)
4. الإعاقة العقلية الشديدة جدا أو الاعتمادية (Profoundly Mental Retarded) (الروسان ، 2010)

تصنيف الإعاقة العقلية حسب القدرة على التعلم (التصنيف التربوي)

ويستخدم هذا التصنيف ليسهل الجانب التدريبي والتعامل مع الطالب المعوق عقليا ، حيث يتجه المهتمون في مجال التربية الخاصة إلى تقسيم فئات المعاقين عقليا حسب قابليتهم للتعلم . ومن أهم هذه التقسيمات تقسيم كيرك وهو :

1. فئة بطيء التعلم (Slow Learners) : وتبلغ نسبة الذكاء من (75-90) .
2. فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded) : وتبلغ نسبة الذكاء من (50- 70) أو (55- 79) درجة ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية العادية ، أو أنه تبقى لديهم إمكانية الإستفادة من البرامج التعليمية إذا قدمت لهم فرص التربية الخاصة المناسبة .
3. فئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded) : وتبلغ نسب الذكاء من (30 – 50) أو (35 – 55) ، وهم غير قادرين على التعلم ، إلا أنهم قابلون للتدريب في مجالات المهارات اللازمة للاعتماد على النفس والتكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة .
4. فئة الاعتماديين (The Totally Dependent Child): وتبلغ نسبة الذكاء أقل من (25) أو (25- 30) درجة وهم غير قادرين على الاستفادة من التعلم أو التدريب وهم بحاجة إلى رعاية وإشراف باستمرار . (القريطي ، 2005).

نسبة انتشار الإعاقة العقلية Prevalence of Mental Retardation

تختلف نسبة انتشار الإعاقة العقلية من مجتمع إلى آخر، كما تختلف تبعا لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، فهي تختلف باختلاف متغير الجنس (ذكور، إناث)، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، و المعيار المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية (Smith, & et al 2006). والعمر ودرجة الإعاقة العقلية، كما تختلف تلك النسبة باختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية، و مهما يكن من أمر اختلاف تلك النسبة، فإنها تتراوح من الناحية النظرية ما بين 2.5٪-3٪ من المجتمع. (Hardman, Drew, & Egan, 2006)

وهناك عدد من العوامل التي تسهم في زيادة نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة أو خفضها في دول العالم المختلفة و من أهم هذه العوامل:

1. اختلاف المعايير المتبعة في تعريف الإعاقة العقلية و الاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقليا.
2. الاختلاف في الجموعات العمرية.
3. معيار السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة العقلية.
4. الاختلاف في المستوى الثقافي والاجتماعي والخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية أو المجتمعات المختلفة. (الشناوي، 1997)

أسباب الإعاقة العقلية Causes of Mental Retardation

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة العقلية إلى أسباب ما قبل الولادة، في أثناء الولادة، وما بعد الولادة.

أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes)

وهي الأسباب التي تحدث قبل ولادة الطفل وتقسم إلى قسمين:

1. العوامل الجينية Genetic Factors : وهي العوامل الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات المحمولة على الكروموسومات ، وقد يحدث خلل ما في إلتقاء الكروموسومات نتيجة لعوامل كيميائية أو نتيجة لعوامل أخرى بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور الإعاقة العقلية كما هو الحال في حالات متلازمة داون ، أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Phenylketonuria) ، أو حالات كبر أو صغر حجم الدماغ.

(الروسان،2010)، (يحيى وعبيد،2005)، (الشناوي،1997).

أ. اختلاف العامل الرايزيسي (Rh Factor) يعتبر اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين من العوامل الهامة والتي تسبب الإعاقة أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية، وقد توصل العلم لحل هذه المشكلة من خلال إعطاء الأم إبرة من مادة (Gamma Globulin , anti D) وهي حقن الأم خلال 72 ساعة من الولادة ، من أجل منع إنتاج الأجسام المضادة لديها والتي تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين. (Smith, &et al, 2006).

ب. زواج الأقارب من العوامل الوراثية التي قد تسبب الإعاقة العقلية وخاصة إذا كان الوالدان ذوي قربى يكون خطر الإصابة بالإعاقة العقلية في نسلهما (Madhavan, & Naravan, 1991)، وتظهر الإعاقة العقلية أكثر في أبناء الوالدين ذوي صلة القربى من الدرجة الأولى (أبناء عم/ عمة/ خال/ خالة) Bundey, .(Thake, & Todd, 1989).

2. العوامل غير الجينيةNone Genetic Factors: وهي العوامل البيئية التي تؤثر في الجنين منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية مرحلة الحمل وأهمها:

أ. تعرض الأم الحامل لبعض الأمراض المعدية التي تنقل بعضها عبر المشيمة إلى الجنين، وبخاصة خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، ويسبب ذلك عيوبا متعددة وإعاقة عقلية مثل الحصبة الألمانية (German Measles) وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حيث يكون تأثيرها بنسبة 50٪ في الشهر الأول، و25٪ في الشهر الثاني، و10٪ في الشهر الثالث، و1-2٪ في الشهر الرابع ويؤثر الفيروس في الجهاز العصبي المركزي للجنين فيؤدي إلى إعاقات ومنها الإعاقة العقلية (Deka,2004)، ومرض الزهري (Syphilis) يؤثر في الجهاز العصبي للجنين فيؤدي إلى التشوهات أو وفيات الأجنة أو إصابتهم بإعاقة عقلية. >(Smith, 2007)

ب. تعرض الأم للإصابة بالتسمم البلازمي (داء المقوسات) (Toxoplasmosis) خلال الحمل، وهو إصابة الأم بميكروب طفيلي عن طريق اللحم النيئ والخضار الملوثة بروث القطط، ،مما يسهم في تلف الجهاز العصبي المركزي للجنين ومن ثم الإصابة بالإعاقة العقلية، أو العمى، أو التشنجات، أو الوفاة.(Soto, 2002).

ج. إصابة الأم الحامل بحالة فينيل كيتون يوريا (Phenylketonuria Urea, PKU) في حال عدم إتباع نظام غذائي خاص قبل وفي أثناء الحمل يؤدي إلى ارتفاع نسبة

الفينانيل، مما يسهم في حدوث تلف في دماغ الجنين حتى لو لم يصب بـ (PKU)، ولكن يتأثر فيه وهذا ما يسمى بـ (Maternal PKU). حيث أن 90٪ من أطفال الأمهات المصابات بـ (PKU) ولا يتبعن نظاما غذائيا مناسبا يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية أو صغر حجم الدماغ أو نقص الوزن عند الولادة . (Levye, 1988)

د. إصابة الأم الحامل بالحمى المضخمة للخلايا (Human Cytomegalovirus- HCMV) من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، حيث إن الفيروسات الوبائية تنتقل من الأم الحامل إلى الجنين خلال فترة الحمل، وتنتقل إلى الجنين بنسبة 40 ٪ في أثناء الثلاثة شهور الأولى من الحمل، و 50 ٪ في الثلاثة شهور الثانية من الحمل، و71٪ في الثلاثة شهور الأخيرة من الحمل، حيث تلعب إصابة الأم الحامل التي تصاب لأول مرة بالحمى المضخمة للخلايا (HCMV) الدور الرئيس لإصابة الجنين وبنسبة (20٪-40٪) من إصابة الأم المتكررة بالحمى المضخمة للخلايا حيث إن نسبة انتقالها للجنين تبلغ (0.2٪-4٪) حيث يصاب بواحدة أو مجموعه من الأعراض التالية، صغر حجم الدماغ، الأنيميا، اليرقان، تضخم الكبد و الطحال، استسقاء الدماغ، تكلس المخ، إعاقة عقلية، فقدان البصر . (Revello, &Gerna, 2002)

هـ. تعرض الأم الحامل للأشعة السينية والإشعاعات خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل مما يؤدي إلى العديد من الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية، حيث تعمل على انقسام الخلايا بطريقة غير عادية فيحدث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين. (الروسان، 2010).

و. ويؤدي نقص هرمون الغدة الدرقية لكل من الأمهات الحوامل و الأجنة في المناطق التي بها نقص الايودين في الغذاء إلى حدوث القزامة عند الأطفال (Cretinism) مما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية (Smallridge,& Ladenson, 2001)، وتحدث القزامة نتيجة النقص الشديد للأيودين في أثناء فترة الحمل، حيث تُعد من الأسباب التي يمكن الوقاية منها لتجنب الإعاقة العقلية. (Dunn, 1993)

ز. تعاطي العقاقير والأدوية في أثناء الحمل مثل بعض المضادات الحيوية، أو بعض أدوية الصرع، واستخدام الكوكائين قبل أو أثناء الحمل، يؤدي إلى ظهور حالات إجهاض أو ولادة أطفال خداج،أو الإصابة بالإعاقة العقلية ،أو تشوهات خلقية،

وتناول مادة الثاليدوميد (Thalidomide) في الأشهر الثلاثة الأولى وبخاصة الأسبوع الثاني من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الجنين.(Brent, 2004)

ح. تعاطي الكحول يؤدي إلى الإعاقة العقلية والتشوهات الخلقية والإجهاض في أثناء الحمل و إضطراب السلوك عند الأطفال، ويؤدي إلى ظاهرة الجنين الكحولي (Fetal Alcohol Syndrome) الذي يولد بصغر حجم الرأس، وإعاقة عقلية، أو تشوهات خلقية في الفك الأسفل وعينين صغيرتين وحول وغيرها (Stephanic, & Brandag, 2002). كذلك اكتشف الباحثون أن تناول الكحول يوميا في أثناء الحمل يسبب تلفا في الدماغ ويؤثر في نمو الجنين، والذاكرة، والانتباه، والسلوك الاجتماعي لاحقا وهو من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية. (Mooro & Persaud,1998)

ط. إصابة الأم الحامل بارتفاع درجة حرارة شديدة لمدة طويلة في أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل يؤدي إلى الإجهاض أو إصابة الجنين بالإعاقة العقلية، كذلك تعرض الأم لهبوط حاد في الضغط خلال الحمل يؤدي إلى إصابة الجنين بتلف دماغي وهذا شبيه بنقص الأكسجين عند الجنين خلال عملية الولادة. .(Luciano, & et al, 1997)

ي. سوء التغذية خلال الحمل من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية ، كما أن نقص البروتين في التغذية وبخاصة في أثناء الحمل والطفولة المبكرة تسهم في حدوث الإعاقة العقلية. (فراج، 2002).

ك. الحالة الاجتماعية والاقتصادية المتدنية، والمستوى الثقافي للأم، ونسبة ذكائها الأقل من 70، وتعدد الولادات، وفقر الدم، والتهاب المجاري البولية لدى الأمهات الحوامل من العوامل الخطرة والمساهمة في حدوث الإعاقة العقلية لدى المواليد والأطفال (Camp,Proman,Nichols & Leff,1998)، وعمر الأم وقت الولادة ، هناك علاقة طردية بين عمر الأم وبين زيادة احتمال إنجابها لأطفال مصابين بمتلازمة داون، 30 ٪ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يولدون لأمهات أعمارهن 35 سنة أو أكثر.(Vincent,& Recardi,1976) .

ل. التدخين في أثناء الحمل سبب من أسباب الولادة المبكرة وبنسبة 10 ٪ - 15٪ (Robert &Goldenberg, 2002)، ويسهم التدخين في أثناء فترة الحمل إلى صغر

حجم الجنين، ويزيد من إمكانية وقوع الإجهاض، وولادة أطفال أقل وزناً من (2500) غرام ، ويؤثر على الأوعية الدموية في الرحم التي بدورها تؤثر في نسبة الأوكسجين الواصلة إلى الجنين والمشيمة مما يؤدي إلى نقص التغذية فيزيد من احتمالية الإصابة بالإعاقة العقلية، وانخفاض في درجات الذكاء.

(Smith , & et al 2006)

أسباب في أثناء الولادة Parental Causes

1. نقص الأكسجين في أثناء عملية الولادة (Asphyxia) يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية للجنين (Smith,2006) .وقد أشار مرسي(1999) إلى نتائج الدراسة التي قام بها جوتفرايد (Gottfried) إلى أن الأطفال الذين تعرضوا للاختناق في أثناء الولادة، وجد النمو العقلي عند معظمهم عادياً، ولكن ترتفع بينهم حالات الإعاقة العقلية.
2. تسمم الجنين (Toxemia)، أو انفصال المشيمة المبكر (Placental Separation Early) أو طول عملية الولادة أو عسرها أو زيادة هرمون (Oxytocin) الذي ينشط عملية الولادة ، استخلص الباحثون إلى أن ظروف الحمل السيئة، والولادة العسرة لها علاقة كبيرة بانخفاض الذكاء لدى المواليد (Vernon,1979).وتؤدي الولادة الطويلة، والولادة الجافة، و الولادة التي بها دفع سريع (طلق سريع) إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الدماغ، فيؤدي إلى إعاقة عقلية عند الوليد. (مرسي، 1999)
3. التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين يؤدي إلى نقص أو انقطاع الأوكسجين الواصل إلى دماغ الجنين مما يسهم في حدوث الإعاقة العقلية.
4. الإصابات الجسمية (Physical Trauma) تحدث تلفا أو جروحا في دماغ الجنين في أثناء عملية الولادة نتيجة وضع الجنين داخل الرحم أو نتيجة استخدام الأدوات في أثناء عملية الولادة مثل(الملقط أو الجفت)، تسهم في حدوث الإعاقة العقلية الشديدة أو الشلل أو التشنجات أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك، ونشاط حركي زائد . (الشناوي،1997)
5. الولادة قبل الأوان (Preterm Delivery) تسهم في حدوث العديد من الإعاقات مثل الشلل الدماغي، أو الإعاقة العقلية، وتلف شبكية العين، حيث إن المخاطر المؤدية للإعاقات يرجع بشكل مباشر للعمر الحملي بالأسابيع للجنين .

6. نقص الوزن عند الولادة (Low Birth weight) حيث تقدر نسبة الوفيات لدى الأطفال قليلي الوزن عند الولادة نتيجة سوء التغذية إلى حوالي 86 / 1000، والمواليد الذين يعيشون هم عرضه للوفاة أو ضعف في النمو العصبي (Suskind & Tonetisirin). وأن ولادة طفل أقل من 2.5 كغم يسهم في تعرض الطفل إلى إعاقة عقلية أو جسمية. (Smith, & et al, 2006)

ويشير فيراري (Ferrari 1982) في مقارنة أجريت في العديد من مراكز أوروبا وامريكا واستراليا، حول متابعة المواليد التي تقل أوزانهم عن 1500 غرام، أن حوالي 7٪ منهم مصابون بشلل دماغي، و 15 ٪ مصابون بإعاقة عقلية. وأن حوالي 8٪-10٪ من المواليد الذين يقل وزنهم عند الولادة عن 1000 غرام يعانون من نسبة عالية من الإعاقات سواء البصرية أو العقلية، أو اضطرابات السلوك، أو انخفاض مستوى التحصيل في المدارس. (Robert & Golden berg, 2002).

اسباب بعد الولادة: Postnatal Causes

1. التهابات الدماغ أو مخ الدماغ أو التهاب السحايا وهو مرض يصيب الأطفال الصغار (Hallahan, & Kauffman, 2006). وهناك من 15- 20٪ من الأطفال الذين أصيبوا بالتهاب السجايا يعانون من التخلف العقلي بعد الشفاء منه. (مرسي، 1999)
2. الحصبة، والحمى الشوكية، والغدة النكفية، والسعال الديكي، والدفتيريا تؤدي إلى الإعاقة العقلية إذا أهمل علاجها.
3. سوء التغذية له تأثير رئيس في تطور الدماغ لدى الأطفال وينتج عنه إعاقة عقلية دائمة، ففي أوغندا 40 ٪ من الأطفال يعانون من سوء التغذية، و 5 ٪ - 10 ٪ منهم معاقون عقليا، بالإضافة إلى أن سوء التغذية لدى الأطفال إذا صاحبه نقص في المحفزات البيئية واللعب يسهم في حدوث الإعاقة العقلية.(Thomas,2004)
4. نقص نشاط الغدة الدرقية (Congenital Hypothyroidism) أحد الأسباب الرئيسة للإعاقة العقلية عند الأطفال، حيث إن نقص هرمون الغدة الدرقية عند الأطفال يمنع تطور ونمو الدماغ بالشكل الصحيح، ويوقف النمو عند الأطفال (Shamon, 2005). وكذلك تؤدي أمراض الغدد مثل أمراض الغدة الدرقية، والغدة الثايموسية إلى

اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ و الجهاز العصبي وتسبب الإعاقة العقلية عند الأطفال في مرحلة الطفولة . (مرسي ، 1999)

5. متلازمة أو عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) والإهمال، والعنف الجسدي، يشير لند وساندرين وند سين (Lund, Sandgren, & Knudsen, 1998). إلى أن عرض هز الطفل يعد شكل من الأشكال الخطيرة للعنف الجسدي ضد الأطفال، حيث إنه يلاحظ عند الأطفال الذين في عمر أقل من سنة، والتي تؤدي إلى (60 ٪) من الإعاقات الشديدة مثل فقدان البصر، والإعاقة العقلية، والشلل الدماغي والصرع. وتؤدي إساءة الأطفال عن طريق عرض هز الطفل (Shaking Baby Syndrome) وقصع العنق (Shaking-Whiplash) إلى إصابات خطيرة عند الأطفال وتشتمل تلف الدماغ، واضطرابات عصبية، وفقدان البصر، وإعاقة عقلية وقد تحدث هذه المشاكل بدون ظهور أية إصابات خارجية في الرأس (Choicca,1995). حيث تتراوح نسبة الإصابات من هز عرض الطفل(Shaking Baby Syndrome) من (15٪-38٪). (Ludwig, & Warman, 1984)

ويذكر باوشانان واويلفر (Buchanan, & Oliver, 1977) في دراسة مسحية لـ 140 طفلا تحت عمر 16 سنة في مستشفيين للإعاقة العقلية في ويلتشير (Wiltshire) أن (3٪) من الأطفال المعاقين عقليا كان نتيجة الإهمال والإساءة والعنف، و(24٪) من الأطفال أسهم الإهمال و الإساءة في تقليل القدرات العقلية ، وان تكرار العنف ضد الأطفال وخاصة عرض هز الطفل قد يؤدي إلى مخاطر الإصابة بالإعاقة العقلية، والصرع (Jacobi, 1986).

6. الحرمان الثقافي ودوره في الإعاقة العقلية حيث استنتج الباحثون إلى وجود علاقة بين الإعاقة العقلية غير معروف الأسباب والتخلف الثقافي للبيئة التي نشأ فيها الطفل، لأن البيئة الأسرية تلعب دورا كبيرا في تنمية الطفل وخاصة في السنوات الخمس الأولى من حياته فإذا كانت غير ملائمة فإنها تسهم في إعاقته عقليا (مرسي، 1999)، وهناك تأثير للبيئة مثل الحرمان البيئي الذي يصاحبه تاريخ عائلي للإعاقة العقلية سواء لأحد الوالدين أو الإخوة يسهم في الإصابة بالإعاقة العقلية، والافتقار إلى الإثارة الكافية، حيث لا يتوفر للطفل ما يثير الاهتمام من الأشياء الملموسة ولا أي اتصال مع الآخرين مثل العزلة أو عدم الاهتمام به من العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة العقلية . (Kauffman & Hallahan,2006)

7. الرصاص : أظهرت الدراسات حديثا أن الرصاص يسبب اضطرابات معرفية أو إعاقة عقلية ضمن الأطفال الذين مستوى الرصاص في دمهم أكثر أو يساوي (≥10 Mg / dl) (Vanarsdale, & et al, 2004) ، و35٪ من الأطفال الذين لديهم ارتفاع في نسبة الرصاص في الدم نتيجة تعرضهم للأدوات والألعاب التي تم تزيينها أو صنعها من مادة الرصاص، أو السكن في البيوت التي يدخل في دهانها مادة الرصاص. (Niskar, Buchanan &Meyer, 2005) .

الوقاية من الإعاقة العقلية Prevention of Mental Retardation

تلعب الوقاية دورا كبيرا في تجنب العديد من الأمراض والأسباب والعوامل التي تسهم في حدوث الإعاقات بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص، وهذا يتطلب تضافر جهود المؤسسات الصحية العامة والخاصة والقائمين على رعاية ذوي الحاجات الخاصة إعطاء الدور الوقائي اهتمام وجدية من خلال التثقيف المناسب لأفراد المجتمع، مما يسهم في تجنب العديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية وذلك من خلال القيام بالإجراءات الوقائية المناسبة .

تعرف الوقاية من الإعاقة العقلية: بأنها عبارة عن مجموعه من الأساليب والتدابير والبرامج والإجراءات التي يجب القيام بها من أجل الكشف المبكر والمسح المبدئي للتعرف على الأسباب التي قد تؤدي أو تسهم في حدوث الإعاقة العقلية والحد من تطورها، وذلك لتجنب الآثار السلبية التي تنعكس نفسيا واجتماعيا وصحيا واقتصاديا على الفرد والأسرة والمجتمع بأكمله. (يحيى وعبيد 2005).

مستويات الوقاية من الإعاقة

وتقسم الوقاية من الإعاقة إلى ثلاثة مستويات وهي:

1. المستوى الأول (**Primary Prevention**): وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ للوقاية من أسباب الإعاقة العقلية وتتضمن مطاعيم الحصبة،والإرشاد الجيني وخاصة لعرض داون، وعرض فرجل اكس (Fragile X) ، كذلك تزويد الأمهات الحوامل بـ فوليك أسيد (Folic Acid) للوقاية من خلل الأنبوب العصبوني الجنيني (Neural tube defect)، وتقديم المعلومات والتثقيف بمخاطر تناول الكحول خلال فترة الحمل، و مخاطر مادة الرصاص خلال فترة الطفولة والرعاية الصحية خلال فترة الحمل، وتغذية الأطفال، والوقاية من إصابات الرأس والوقاية من الاضطرابات

الجينية مثل فينيل كيتون يوريا قبل حدوث المشكلة. يضاف إلى هذه الجهود التي تبذل في الإرشاد الوراثي، و فحص الشباب الراغبين في الزواج وتشجيع الاغتراب في الزواج و خاصة في الأسر التي تكثر فيها الأمراض الوراثية. (مرسي، 1999).

2. المستوى الثاني (Secondary prevention) : تسعى الوقاية في المستوى الثاني إلى منع تطور وتفاقم الضعف إلى عجز وبالتالي خفض أعداد الأفراد العاجزين في المجتمع من خلال الكشف المبكر والعلاج الفوري والمناسب لحالات الاعتلال والضعف.وتتمثل وسائل الوقاية الثانوية في التعرف المبكر على الأفراد الذين يعانون من ضعف ما، وتزويدهم بالأدوات المساندة عند الحاجة، وتقديم الخدمات العلاجية (الطبية والجراحية والغذائية) في أسرع وقت ممكن وكذلك توفير البرامج التدريبية والإرشادية والتعليمية للفئات الأكثر عرضة لخطر الإعاقة. (الخطيب والحديدي، 2011).

3. المستوى الثالث (Tertiary Prevention):وهي الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتتضمن التعرف المبكر على الحالات وتقديم العلاج المناسب وخدمات التأهيل، كما وتتضمن العلاج الطبي للتعايش مع الاضطرابات السمعية والبصرية لعرض داون، وبرامج الإثارة للأطفال الرضع ، وتدريب الوالدين ، وتعليم أطفال ما قبل المدرسة وخدمات الإرشاد للحفاظ على وحدة الأسرة . (Wong & et al, 1999)

ويعرف الخطيب والحديدي (2011) المستوى الثالث من الوقاية بأنه التغلب على العجز، والحيلولة دون تطوره إلى حالة إعاقة وذلك من خلال مساعدة الفرد على استعادة ما يمكنه من القدرات الجسمية والعقلية ومنع حدوث المضاعفات أو التخفيف منها على أقل تقدير.

أهم البرامج الوقائية من الإعاقة العقلية هي:

1. برنامج الإرشاد الجيني.
2. برنامج العناية الطبية في أثناء الحمل.
3. برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى.
4. برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر.

لقد استقطبت الإعاقة العقلية و الوقاية منها اهتمام العالم أجمع في الآونة الأخيرة، وبرزت كإحدى المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود. (يحيى وعبيد، 2005).

اهمية البرامج التعليمية في مجال دعم جهود الوقاية من الإعاقة العقلية

تقدم برامج تعليم الوالدين المعرفة والمعلومات عن نمو وتطور الأطفال، والأسباب المؤدية للأمراض والإعاقات ، ومهارات التدريب عن العناية ورعاية الأطفال، والتعرف على الخدمات المتاحة والمتوافرة في المجتمع المحلي، وذلك من خلال استخدام العديد من الطرائق والاستراتيجيات سواء التعليم أو التدريب ، كذلك ركزت برامج تعليم الوالدين على الأسر المعرضة لخطر سوء معاملة الأطفال أو التعرض للأمراض والإعاقات، أو الحوادث، أو الضغوطات. وركزت أيضا على مستوى تعليم وعمر الوالدين، وذوي الدخل المتدني .

ويشير هيربرت ولافوي وبارينت (Hebert, Lavoie, & Parent, 2002) إلى أن برامج تعليم الوالدين التي تم مراجعتها والتي طبقت عن طريق ورش العمل،أو من خلال جلسات تعليمية والتي مدتها من (4-6) أسابيع أو أكثر ذات فاعلية أكثر من البرامج التي تقدم بمدة أقل من ذلك.

ويؤكد هولزير وبرومفيلد وريكاردسون وهيجنز (Holzer, Bromfield, Richardson, & Higgins, 2006) ومن خلال تقييم نتائج (20) دراسة اهتمت ببرامج تعليم الوالدين أن النتائج الإيجابية التي اكتسبها المشاركون في تلك البرامج كان لها دور إيجابي ومفيد من خلال البرامج التعليمية، والزيارات المنزلية والتي زادت من :

1. تحسين معرفة ووعي أولياء الأمور بمراحل نمو وتطور الأطفال، وطرق وقايتهم من بعض الأمراض المعدية، أو الإهمال أو سوء المعاملة.
2. انخفاض سوء معاملة وإهمال الأطفال، والحوادث المنزلية التي تؤدي للمضاعفات الخطيرة.
3. استخدام الاستراتيجيات الإيجابية والمفيدة في تحسين قدرات الوالدين على ضبط النفس من خلال التعامل مع أطفالهم بدل إستراتيجيات العقاب الشديد والمؤذي للأطفال الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى إصابة الأطفال الصغار بمضاعفات خطيرة مثل إصابات الراس .

ويشير توميسون (Tomison, 1998) إلى أن برامج تعليم الوالدين في الوقت الحاضر تُعد من العناصر الضرورية للوقاية والتدخل المبكر للأسرة المعرضة للخطر، وعنصر آخر لإستراتيجيات الوقاية من إساءة الأطفال وإهمالهم،وتجنب الحوادث،ورعاية الأم الحامل وتثقيفها حول الوقاية من العديد من الأسباب التي تشكل خطراً عليها وعلى الجنين سواء أكان قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ، وحماية الأطفال من الأمراض وغيرها من خلال برامج الزيارات المنزلية،وبرامج دعم الأسرة التي تساعد في تحسين معرفة ومعلومات الوالدين.

تشير سكوت (Scott, 2005) إلى أن خدمات رعاية الأم والطفل رائعة كبرامج لتقديم إستراتيجيات الوقاية الأولية والثانوية والثلاثية للرعاية وحماية الأطفال من أجل تجنب الأسباب التي تؤدي لأصابتهم بالأمراض، أو الإعاقات.

ويعكس نظام التدخل المبكر أهمية الوعي نحو تطور الأطفال في السنة الأولى من أعمارهم وتأثير تلك السنوات في صحة وتطور الطفل ولأهمية هذا كان التركيز على خدمات الزيارات المنزلية كإستراتيجيات للتدخل والوقاية الأولية، وكذلك قدرتها على تلبية حاجات الأسر المعرضة للخطر ضمن مستويات الوقاية.

(Council on Child & Adolescent Health, 1998)

وفي دراسة أجرتها الجلامدة (2007) تؤكد فيها على ضرورة العمل على تطوير برامج تعليمية عن أسباب الإعاقات وطرق الوقاية منها بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص من قبل المهنيين ذوي العلاقة سواء بمراكز رعاية الأم والطفل أو عن طريق الحملات أو وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمكتوبة لعامة المجتمع لتحسين الوعي بذلك، وتفعيل دور القطاعات ذات العلاقة .

إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية Prevention Procedure of Mental Retardation

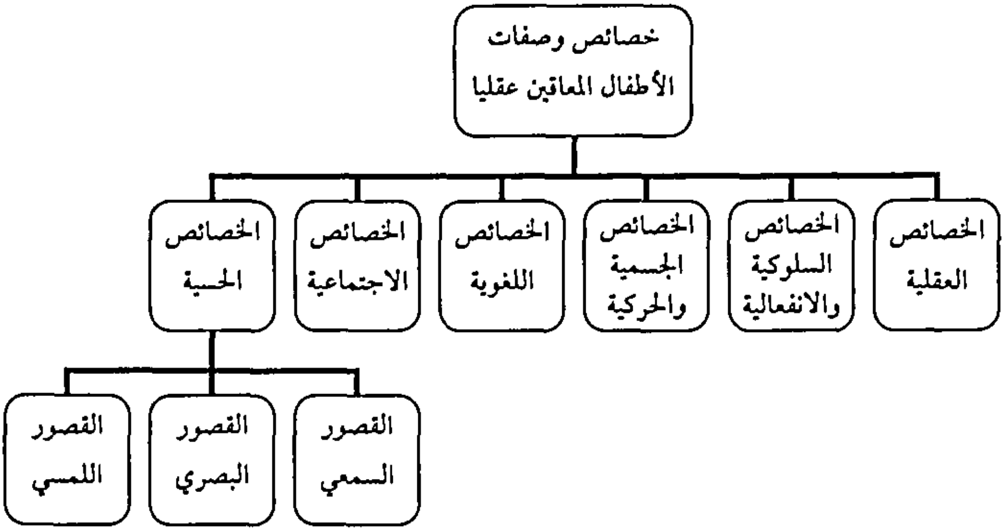
يلخص اخرس (2005) إجراءات الوقاية من الإعاقة العقلية بإتباع الإرشادات التالية :

1. إجراء الفحوصات الطبية قبل الزواج خاصة عند وجود إعاقات وراثية لدى اسر الزوجين .
2. الحرص على إعطاء المطاعيم للأطفال وكذلك الأم في الوقت المناسب خاصة مطعوم الحصبة الألمانية الذي يجب أن يعطى قبل الزواج بـ (6) أشهر على الأقل .
3. الاهتمام بتغذية الأم الحامل وعدم تناول الأدوية دون استشارة طبية .

4. العناية بالطفل حديث الولادة خاصة فيما يتعلق بحالات اليرقان وإجراء الفحوص اللازمة.
5. عدم التأخر في استشارة الطبيب عند مرض الطفل.
6. حماية الأطفال من الحوادث ومصادر التلوث والتسمم .
7. الحرص على المباعدة بين فترات الحمل .
8. تجنب الحمل في سن مبكرة أو متأخرة (اقل من 16 سنة أو بعد 40 سنة).
9. الحرص على عدم تعرض الطفل للحرمان البيئي .
10. تجنب الأم الحامل تناول اللحوم غير المطبوخة جيدا وتجنب الاتصال مع القطط التي يمكن أن تكون مصدرا لمرض داء المقوسات (التكسوبلازموسيز Toxoplasmosis).
11. امتناع الأم عن التدخين .
12. التأكد من عدم وجود مشكلة تتعلق بالعامل الرايزيسي (RH).
13. تغريب النكاح بقدر الإمكان .
14. توفير الجو النفسي والتربوي والثقافي والاجتماعي المناسب للطفل.(اخرس، 2005)

خصائص الأطفال المعاقين عقليا Characteristic of Children with Mental Retardation

تتباين وتختلف صفات وخصائص الأطفال المعاقين عقليا وحتى ضمن الخاصية الواحدة والشكل رقم (1) يبين الخصائص الرئيسية للأطفال المعاقين عقلياً ، ولا سيما أنها تسهم في رسم البنود الرئيسية للبرامج التربوية والتعليمية ، حيث أن هذه الخصائص تشترك بطبيعتها ولكن تختلف في درجتها من معوق لآخر تبعا لعدة عوامل أبرزها المرحلة العمرية ، ودرجة الإعاقة ونوعية الرعاية التي يتلقاها المعوق سواء من الأسرة أو من برامج التربية الخاصة .



الشكل رقم (1):خصائص الأطفال المعاقين عقليا[*]

فيما يلي شرح موجز للخصائص والصفات التي يمتاز بها الأطفال المعاقين عقليا[*]:

الخصائص العقلية Mental Characteristic

يعد التأخر في النمو العقلي وانخفاض نسبة الذكاء من أهم صفات الأطفال المعوقين عقليا، حيث يعتبر تأخر نمو اللغة والمعرفة والعمليات العقلية من أهمها. يعاني الأطفال المعوقين عقليا من قصور واضح في فهم الرموز المعنوية والقدرة على التخيل، حيث يكون الطفل عاجزا عن تكوين روابط وعلاقات حيث لا يكون قادرا على تركيز الانتباه رغم وجود المثيرات الحسية اللازمة لجذب الانتباه لأن المعنويات لديه لا محل لها في تفكيره، وليست لديه القدرة على التعميم ويعتبر أيضا الكلام من الأمور المعقدة لديه ويكون الطفل المعاق سهل الانقياد ،وعديم الإرادة وتكمن الخصائص العقلية في النقاط التالية :

1. **التذكر Memory** : يعد ضعف الذاكرة والنسيان من أهم الخصائص العقلية للمعاقين وخاصة الذاكرة قريبة المدى وقد يرجع ذلك إلى ضعف درجة الانتباه للمثيرات والمقدرة على تتبعها واستقبالها ومن ثم تخزينها أو استرجاعها بالإضافة إلى محدودية القدرة على الملاحظة .

2. قصور الإنتباه والإدراك Attention & Perception Defect : يتصف الأطفال المعاقين عقليا بأنهم قابلون للتشتت وضعيفي القدرة على التركيز والانتباه لفترات طويلة ، حيث تزداد هذه الصفة بازدياد درجة شدة الإعاقة مما ينعكس على قدراتهم التعليمية وصعوبة تحديهم للمثيرات، والأبعاد المرتبطة بالمهمة المطلوب منهم تعلمها . ويرتبط القصور في الانتباه والتركيز عند الأطفال المعاقين عقليا بقصور آخر في عمليات الإدراك، والتميز بين الخصائص المميزة للأشياء كالأشكال، والألوان، والأحجام، والأوزان حيث تتأثر عمليات الإدراك والتمييز بدرجة الإعاقة العقلية وبمستوى أداء الحواس المختلفة .

3. التفكير Thinking: يرتبط التفكير لدى الأفراد المعاقين عقليا إلى حد كبير بدرجة قدرة الفرد على الانتباه والذاكرة حيث يتأثر التفكير بحصيلة هؤلاء اللغوية وقصورهم في اكتساب، وتكوين المفاهيم العقلية، وتدني قدراتهم على التفكير المجرد. ويمتاز الأفراد المعاقين عقليا بأن تفكيرهم يعتمد على الإدراكات الحسية أكثر من اعتمادهم على الأفكار المجردة كما أنهم يتعاملون مع المفاهيم العيانية بشكل أفضل من تعاملهم مع المفاهيم المجردة والتوجهات اللفظية. حيث تكشف الدراسات انه من الممكن تنمية تفكير الأفراد المعوقين عقليا للتعلم من خلال التدريب على بعض العمليات العيانية في إطار نظرية بياجية كالتصنيف والسلسلة مما ينعكس إيجابا على تحسين القدرة العقلية العامة والتحصيل المدرسي . (محمد 2010،)

الخصائص السلوكية و الإنفعالية Behavioral & Emotional Characteristic

في كثير من الأحيان يتصف الأطفال المعاقين عقليا بسلوكيات تختلف من طفل إلى آخر، حيث يميل الطفل المعاق عقليا إلى الانسحاب والانزواء والبعد عن الأنشطة الجماعية، وبعضهم يتميز بسلوك عدواني تجاه الآخرين.

ويشير الخطيب (1988) إلى أن المعاقين عقليا يتصفون بعدة مظاهر سلوكية غير تكيفية ومن أهمها :

1. العنف والتخريب.
2. الانسحاب.
3. السلوك النمطي.

4. العادات الشخصية السيئة .
5. إيذاء الذات .
6. النشاط الزائد.
7. العادات الكلامية غير المقبولة.
8. التمرد. . (الخطيب، 1988)

أما بدر (2010) فيذكر أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أشخاص فاشلون وأقل من غيرهم وانهم لا قيمة لهم ، ويرجع ذلك إلى شعورهم بعدم الأمن وتعرضهم لمواقف كثيرة من الإحباط ، مما يجعلهم يشعرون بالدونية وانخفاض تقدير الذات .

وأما بالنسبة لمشكلات التواصل مع الآخرين فقد لوحظ غياب الاهتمام بالمظهر العام والميل إلى المبالغة في عناق الآخرين، وصعوبة التمييز بين تحية الولد وتحية البنت. كل هذه المشاكل ترجع إلى الجهل بالمعلومات الخاصة بالنمو الجنسي لدى الأطفال المعاقين عقليا. (بدر،2010).

الخصائص الجسمية والحركية: Physical & Motor Characteristic

يمتاز النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المعاقين عقليا بأنه يكون منخفضا ويزداد هذا الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة ،فنرى أن الأطفال المعاقين عقليا يكونون اقل حجما وطولا مقارنة مع اقرانهم من العاديين وهذا ما يلاحظ من خلال أشكالهم الخارجية وخاصة في منطقة الرأس والوجه والأطراف العليا والسفلية .

يمتاز الأطفال المعاقين عقليا أيضا بأنهم سرعان ما يتعبوا ويشعروا بالإجهاد لمجرد تعرضهم لأي عارض سواء كان بدني أو مرضي حيث أن الخدمات الطبية المقدمة لهم في هذا العصر حسّنت من وضعهم وزاد من متوسط أعمارهم.

وفيما يتعلق بالجانب الحركي فهم أيضا يعانون من بطء النمو تبعا لدرجة الإعاقة حيث نرى أنهم يتأخرون في إتقان مهارات المشي ويواجهون صعوبات في التحكم في الجهاز العضلي وخاصة في المهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والأصابع (المهارات الحركية الدقيقة). ويلاحظ أيضا أن التآزر البصري الحركي لدى هذه الفئة من الأفراد يكون ضعيفا فنرى انه من المستحيل أن ترى طفلا معوقا عقليا يسير بخطى

ثابتة ومستقيمة وتبدو المشكلة أوضح لو راقبته وهو يحاول التقاط كرة أو يحاول إدخال شيء في فتحة ما .

الخصائص اللغوية: Linguistic Characteristic

يشير كوافحة وعبدالعزيز (2011) إلى أن المعاقين عقليا يعانون من قصور واضح في استخدام اللغة والكلام ، فهم لا يستطيعون استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى ، وأن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المعاقين عقليا هو تأخر نمو اللغة حيث يكون لديهم إخراج الأصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى أقل نضج مقارنة مع أقرانهم العاديين . (كوافحة وعبدالعزيز،2011)

ويضيف كوفمان (Kuffman,1981) أن درجة شيوع شدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقليا ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية . فالمعوقون عقليا بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق إلا أنهم يطورون قدرة الكلام لديهم، أما المعوقون عقليا بدرجة متوسطة فهم في الغالب يواجهون صعوبة في الكلام وتتصف لغتهم بالنمطية. أما بالنسبة للأطفال شديدي الإعاقة العقلية فتلاحظ نسبة كبيرة منهم عاجزين عن النطق حيث أن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة. (Kuffman,1981)

الخصائص الاجتماعية: Social Characteristic

يعاني الأطفال المعاقين عقليا نقصا في الجوانب الاجتماعية من حيث القدرة على التعامل مع الآخرين وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم العاديين ، وعدم الالتزام باللوائح والتعليمات داخل المدرسة، وأن سلوكياتهم تتصف بالسلبية والتخريب في الممتلكات والوقاحة في التعامل مع الآخرين وكثرة السلوكيات غير المرغوبة داخل الصفوف. (بدر، 2010) .

الخصائص الحسية Sensory Characteristic

ونقصد بالخصائص الحسية الصفات التي تمتاز بها حواس الطفل المعوق وكيفية القدرة على تأديتها لهذه الوظائف ، حيث يكون الأطفال المعوقين عقليا يعانون من مشكلات حسية مقارنة مع أقرانهم العاديين ، وفيما يلي مختصرا لأهم المشكلات الحسية التي يعاني منها ذوو الإعاقة العقلية :

1. **القصور السمعي** : يمتاز الأطفال المعاقين عقليا بأنهم يعانون من بعض القصور السمعي حيث تؤكد الدراسات البحثية التي يجريها الباحثون بأن نسبة فقدان السمع لديهم تكون ما بين (3-4) أضعاف الفقدان لدى أقرانهم العاديين .
2. **القصور البصري** : تشير الدراسات البحثية في مجال التربية الخاصة بأن نسبة إصابة القرنية لدى الأفراد المعاقين عقلياً أكثر منها لدى الأفراد العاديين ، كما وتنتشر لديهم حالات عمى الألوان وقصر النظر ، وطول النظر والحول ، وخصوصا بين أطفال متلازمة داون ، وتشير الدراسات أيضا إلى أن أسباب هذا القصور في البصر يكون بسبب الإصابة بالحصبة الألمانية والزهري وحالات التسمم عدا عن إصابات الرأس التي تحدث أثناء الولادة نتيجة الولادة غير الطبيعية .
3. **القصور اللمسي**: بينت نتائج الدراسات التي فحصت القدرة على التمييز خلال حاسة اللمس لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية أنهم يقعون في أخطاء التمييز الحسي باللمس أكثر من أقرانهم العاديين ، وان معدل هذه الأخطاء يرتفع كلما انخفض معامل ذكائهم . (البيلاوي وزملاءه ،2011).

تشخيص الإعاقة العقلية Diagnosis of Mental Retardation

يعد التشخيص أمرا أساسيا في عملية تعليم الأطفال المعاقين عقليا ولا يمكن إهماله رغم أن طرق ووسائل التشخيص متعددة، إلا أن كل اختصاصي له سياسته وأسلوبه في التشخيص. ويشمل التشخيص الأمور والأبعاد التالية :

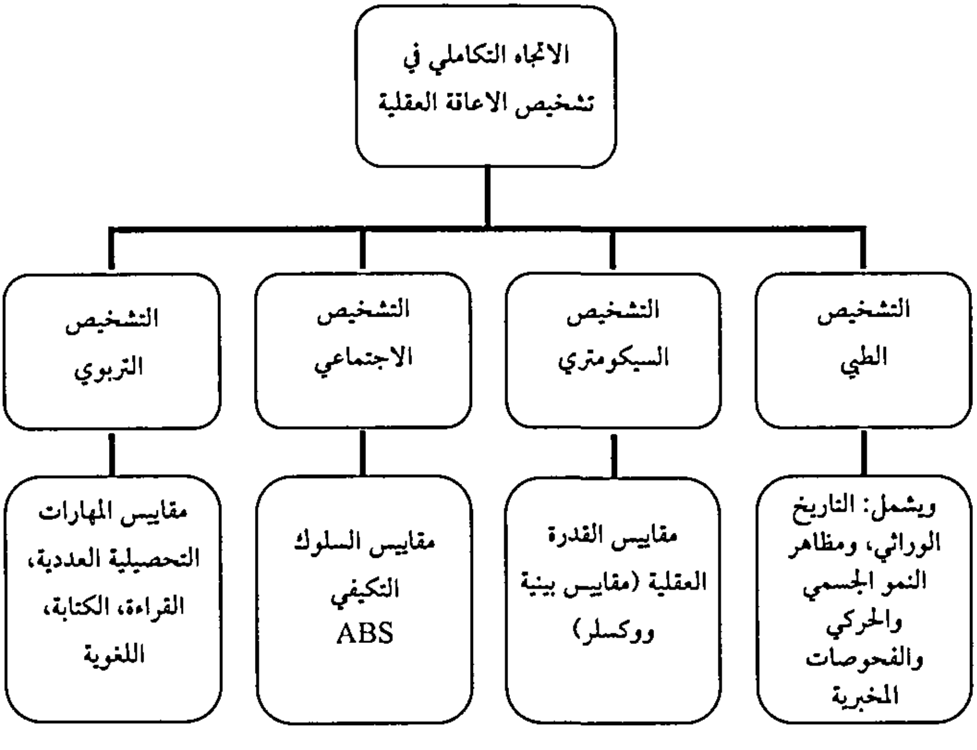
1. النفسية .
2. الإجتماعية .
3. الطبية .
4. التربوية.(القمش، والمعايطة، 2010).

يهدف تشخيص الإعاقة العقلية إلى معرفة ما يلي:

1. التعرف على مواطن الضعف والقوة في شخصية الفرد موضوع القياس .
2. معرفة العلاج والبرنامج التربوي اللازم اتباعه في تعليم وعلاج الأطفال المعاقين عقليا. (سالم ، 1994)

الإتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية

يعد الاتجاه التكاملي الذي يتبناه الروسان (2010) في تشخيص الإعاقة العقلية من الاتجاهات المقبولة في أوساط المهتمين بالتربية الخاصة، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية وهي التشخيص الطبي، والسيكومتري ، والتربوي، والاجتماعي .والشكل رقم (2) يظهر ذلك .



الشكل (2): الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية.

ويشرح الروسان (2010) هذا الاتجاه في تشخيص الإعاقة العقلية كما يلي :

1. **التشخيص الطبي Medical Diagnosis**: يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي طب الأطفال ، تقريراً عن عدد من الجوانب منها : تاريخ الحالة الوراثي ، وأسباب الحالة ، وظروف الحمل ، ومظاهر النمو الجسمي واضطراباتها ، والفحوصات المخبرية اللازمة .

2. التشخيص السيكومتري Psychometric Diagnosis: يتضمن التشخيص السيكومتري والذي يقوم به عادة أخصائي في علم النفس تقريرا عن قدرة المفحوص العقلية وذلك باستخدام أحد مقاييس القدرة العقلية(IQ –Test) مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصورة ، ويعتبر مقياس ستانفورد بينيه من أكثر المقاييس ملائمة ما لم يعان المفحوص من اضطرابات لغوية أو استخدام مقياس وكسلر وخاصة الجانب الأدائي منه، حيث يهدف استخدام هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص والتي يعبر عنها بنسبة الذكاء.

3. التشخيص الاجتماعي Social Diagnosis: يتضمن التشخيص الاجتماعي والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريرا عن درجة السلوك التكيفي للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي كمقياس الجمعية الأمريكي للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي .

4. التشخيص التربوي Educational Diagnosis:تضمن التشخيص التربوي والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريرا عن المهارات الأكاديمية (Academic Skills)، حيث قام عدد من الأساتذة والباحثين في مجال التربية الخاصة في الأردن بتطوير عدد من مقاييس المهارات الأكاديمية ومن أهمها:

أ. مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا والذي يهدف إلى قياس وتشخيص المهارات اللغوية للمعوقين عقليا ويتألف المقياس من 81 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:
   - الاستعداد اللغوي المبكر وعدد فقراته 12 فقرة .
   - التقليد اللغوي المبكر وعدد فقراته 12 فقرة .
   - المفاهيم اللغوية الأولية وعدد فقراته 5 فقرات .
   - اللغة الاستقبالية وعدد فقراته 5 فقرات .
   - اللغة التعبيرية وعدد فقراته 37 فقرة .

ب. مقياس المهارات العددية للمعوقين عقليا .

ج. مقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقليا .

د. مقياس مهارات الكتابة للمعوقين عقليا .

هـ. مقياس مهارات القراءة للمعوقين عقليا .
و. مقياس مهارات القراءة العربية لسن 6-7 سنوات .
ز. مقياس المهارات اللغوية للمعاقين عقليا في صورته العمانية للأستاذ الدكتور فاروق الروسان .(الروسان ، 2010)

علاج الإعاقة العقلية :Treatment of Mental Retardation

أنواع العلاج

نظراً لتعدد أبعاد الإعاقة العقلية وتعدد الأسباب المؤدية لها ومن ثم تعدد الآثار والمشكلات التي تترتب على ذلك، تتعدد طرق وأنواع العلاج اللازم اتباعها لمواجهة هذه الإعاقة، ومنها:

1. العلاج الطبي Medical Treatment : بعض حالات الإعاقة تتطلب تدخلا طبيا وخاصة خلال الأسابيع والشهور الأولى من عمر الطفل مثل عمليات نقل الدم وخاصة في حالات اختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الرايزيسي ، وهناك حالات تتطلب عمليات جراحية كحالات استسقاء الدماغ لتصحيح مسار السائل الشوكي .وقد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة العقلية وصف نظام غذائي لبعض الحالات منذ الولادة ،وقد يستمر هذا الحال لمدة طويلة كما هو الحال في حالة البول الفينايل كيتون وهي الحالة الناجمة عن ترسب حامض البيروفيك في الدم ، أو إعطاء بعض الهرمونات للطفل في حالة القزامة التي تنتج عن نقص أو انعدام هرمون الغدة الدرقية . وهناك حالات إعاقة عقلية تحتاج إلى متابعة طبية كالحالات التي تصاحبها بعض الأمراض الجسمية مثل أمراض جهاز التنفس أو القصور في الأعضاء الحسية كالسمع والبصر أو نوبات الصرع .
2. العلاج النفسي : يكون العلاج النفسي مهما وضروريا للمعاق عقليا وذويه وذلك لتخطي الظروف الاجتماعية المحيطة به و الاتجاهات السلبية للآخرين نحوه ، ويتضمن العلاج النفسي الأمور التالية :

أ. تقديم علاج نفسي سلوكي لمعالجة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تسببها الإعاقة العقلية .

ب. تقديم برامج إرشاد نفسي للوالدين لتقبل طفلهما وطرق معاملته والتوجهات العلاجية الصحيحة اللازمة للطفل .

ج. تقديم برامج من أجل تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة وخاصة اتجاهات الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل المعاق عقليا مباشرة وهم الآباء والأمهات والإخوة والأخوات العاديون والمعلمون والمعلمات وجميع القائمين على تربية وتعليم وتأهيل الأطفال المعاقين عقليا.

3. العلاج السلوكي Behavioral Treatment :وهو ما يسمى بـ "تعديل السلوك Change Behavior" والذي يتضمن برامج تدريبية تهدف إلى إكساب الطفل المعاق عقليا سلوكا جديدا ، حيث يعتمد هذا النوع من العلاج على إجراءات وفنيات تختلف من حالة إلى أخرى وحسب درجة الإعاقة وتبعا إلى نوع السلوك المراد تعديله . وتشير الدراسات الحديثة إلى مدى النجاح الذي حققه العلاج السلوكي في الحد من المشكلات السلوكية لهؤلاء الأفراد وإكسابهم كثيرا من السلوك الإجتماعي الإيجابي .

4. العلاج التربوي Educational Treatment: يهدف هذا النوع من العلاج إلى إخراج القدرات المحدودة لهذه الفئة من الأطفال وتنميتها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية والأسرية والاجتماعية لمواجهة الحياة اليومية والتفاعل مع الآخرين والاندماج في المجتمع .

5. علاج النطق والكلام Speech & Articulation Treatment :يهدف علاج النطق والكلام إلى تصحيح عيوب النطق وإخراج الصوت وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل المعاق عقليا ومساعدته على التعبير اللفظي السلس والتخلص من الكلام الطفلي، مما يساعده على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية المتاحة له كما ويساهم في تفاعله مع الآخرين وإقامة علاقات إيجابية معهم. (إبراهيم، 2000).

اشكال علاج الإعاقة العقلية Forms of Mental Retardation Treatment :

تأتي أشكال علاج الإعاقة العقلية حسب درجة الإعاقة والحالة المرضية أو المسببات المرضية للحالة والمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد المعوق عقليا ، ويتبين ذلك في :

أ. العلاج حسب درجة الإعاقة العقلية: والجدول رقم (1) يبين ملخصا لمضمون ومتطلبات العلاج.

الجدول رقم (1) مضمون ومتطلبات علاج الأطفال المعاقين عقلياً

درجة الإعاقة	مضمون ومتطلبات العلاج
الأطفال من فئة الإعاقة العقلية البسيطة	1. برامج تعليمية وتربوية خاصة تشمل بعض المهارات المعرفية كالقراءة والكتابة والحساب. 2. أنشطة اجتماعية ومهارات شخصية وأسرية تهدف للقيام بأعمال الحياة اليومية . 3. برامج علاجية للنطق والكلام لتصحيح عيوب النطق والكلام .
الأطفال من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة	1. برامج تدريبية خاصة تشمل المهارات الشخصية والاجتماعية . 2. تدريبات على بعض الأعمال البسيطة لمواجهة الحياة الاجتماعية اليومية. 3. علاج تصحيح التشوهات والعيوب الجسمية.
الأطفال من فئة الإعاقة العقلية الشديدة.	1. برامج علاج طبي لمواجهة الأمراض خاصة أمراض القلب والجهاز التنفسي. 2. برامج علاجية تربوية لتدريب هؤلاء الأفراد على جميع المهارات الأساسية للعناية بالنفس كالطعام والشراب وعادات استخدام التواليت والنظافة الشخصية وبعض المهارات الاجتماعية البسيطة بهدف تحقيق قدر من التكيف مع البيئة وتقليل اعتمادهم على الآخرين .

ب. العلاج حسب الحالة الباثولوجية (الأعراض والمسببات المرضية):

تختلف طرق و أنواع العلاج الطبي لحالات الإعاقة حسب الحالات المرضية وخاصة بعد الولادة مباشرة أو خلال الأسابيع الأولى من حياة الطفل وفيما يلي توضيح لهذه الطرق وكما هو مبين في الجدول رقم (2).

الجدول رقم (2): متطلبات العلاج اللازم للأطفال المعوقين عقلياً

حسب الحالة المرضية.

حالات الإعاقة العقلية	العلاج الطبي اللازم
1. الحالات الناتجة عن اضطراب التمثيل الغذائي .	إعطاء الطفل وجبات غذائية معينة منذ الميلاد رحتى فترة طويلة وذلك لانعدام تمثيل البروتين في الجسم .
2. الحالات الناتجة عن اضطراب الغدد الصماء .	إعطاء الطفل هرمون الثيروكسين لعلاج الاضطراب في الغدة الدرقية حيث يجب أن يبدأ العلاج منذ الولادة ويستمر مدى حياة الطفل في معظم الحالات.
3. الحالات الناتجة عن اختلاف مكونات الدم .	يجب البدء فورا في نقل الدم من والى الطفل ومنذ ولادته حتى لا تسوء حاله بمرور الوقت، حيث يتم في الوقت الراهن اكتشاف هذه الحالات أثناء فترة الحمل ويمكن إجراء هذه العملية أثناء فترة الحمل في بعض الحالات .
4. الحالات الناتجة عن تمدد السائل المخي (الاستسقاء الدماغي) .	في هذه الحالة يتطلب إجراء عمليات جراحية سريعة لتصحيح مسار السائل المخي لتفادي الضغط على المخ وإيقاف أثره علما بأن هذا يتطلب أيضا علاجا نفسيا وتربويا وتصحيحيا وذلك حسب درجة الإعاقة وحسب المرحلة العمرية التي يمر فيها الطفل .

ج. العلاج حسب المرحلة العمرية للفرد :

الجدول رقم (3) يوضح إجراءات العلاج حسب المرحلة العمرية للفرد المعاق عقليا

الجدول رقم (3) علاج الأطفال المعاقين عقليا حسب المرحلة العمرية .

المرحلة العمرية	مضمون ومتطلبات العلاج
مرحلة الطفولة المبكرة أو مرحلة الرضاعة	1. تقديم برامج إثراء بيئي لتنمية الحواس وتنمية مظاهر النمو العقلي والاجتماعي للطفل . 2. تقديم العلاج الطبي اللازم لبعض الحالات .
مرحلة الطفولة المتوسطة أو مرحلة المشي	1. القيام بتدريبات علاج طبيعي لتنمية القدرات الحركية كالمشي والقبض على الأشياء والتوازن الحركي . 2. تقديم برامج تدريبية للتعلم على مهارات العناية بالذات مثل الطعام والشراب والذهاب إلى الحمام .
مرحلة الطفولة المتأخرة.	1. تقديم برامج تدريبية على التخاطب وعلاج عيوب النطق والكلام. 2. تقديم برامج تربوية خاصة تتضمن تعليم المهارات الشخصية والاجتماعية وبعض المهارات المعرفية . 3. تقديم برامج تربوية خاصة تتضمن مبادئ القراءة والكتابة والحساب الأساسية وخاصة للأطفال القابلين للتعلم . 4. تعليم الأطفال عادات اللبس وقيافة الهندام وعادات المائدة والطعام والنظافة الشخصية والتعامل مع الآخرين وبعض الأعمال اليدوية مثل أعمال المنزل والأعمال الحرفية البسيطة.
مرحلة المراهقة.	1. تدريب المعوق عقليا على المهارات الاجتماعية والأعمال اليدوية والحرفية البسيطة وتأهيله للالتحاق بالأعمال البسيطة والوظائف الروتينية . 2. تقديم برامج الإرشاد النفسي بهدف تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي . 3. تقديم برامج تربوية تعليمية خاصة لفئة القابلين للتعلم منهم .

الشروط اللازمة لإنجاح علاج الإعاقة العقلية

يعتمد نجاح البرامج العلاجية للأطفال المعاقين عقليا على عدة إجراءات يجب تحقيقها قبل البدء بها كشرط أساسي .وفيما يلي أهم هذه الإجراءات :

1. **التشخيص المبكر للحالة:** ويتم هذا من قبل الأهل منذ لحظة ولادة الطفل، وعليهم ملاحظة أية أعراض تظهر عليه مثل الصراخ المستمر، والتشنجات، والعرق الغزير،

والرائحة غير العادية للبول ، وشكل الرأس . ويجب أيضا على الوالدين أن يلاحظوا مظاهر نمو الطفل مثل تأخر الجلوس، والحبو، والمشي، والكلام والإخراج، علما بأن التشخيص المبكر يساعد في سرعة العلاج وتقديم الرعاية اللازمة.

2. **التشخيص الدقيق** : يعتمد التشخيص الدقيق على الفحص الشامل لجميع مظاهر النمو لدى الطفل من النواحي العقلية والاجتماعية والحركية والانفعالية .
3. **التدخل الفوري** : يجب تقديم وسائل العلاج اللازمة مباشرة بجرد أن يتم اكتشاف أية ملاحظة على الطفل خلال مرحلة التشخيص المبكر والدقيق .
4. **الإرشاد والتوجيه الأسري**: ويتم ذلك من خلال مراكز التوجيه الأسري المنتشرة في المجتمع والتي تقدم البرامج التوعوية للأهالي عن الإعاقات بمختلف أنواعها حيث تقوم هذه المراكز بإرشاد الأسر نحو المعاملة السليمة للطفل، وتقبله ، وتفهم حالته ، والخدمات العلاجية الممكن تقديمها له .
5. **انتشار البرامج العلاجية للمعوقين عقليا**: وتهدف هذه البرامج إلى معرفة الإعاقة العقلية وكيفية مواجهتها من خلال تقديم الندوات والمحاضرات لأفراد المجتمعات المحلية من خلال مراكز التوجيه الأسري في الأحياء.
6. **مراجعة البرامج العلاجية و التأهيلية وتقويمها** : وهنا ينبغي أن يتم تقويم برامج العلاج للمعوقين عقليا من وقت لآخر بهدف التأكد من أنها تحقق الهدف التي وجدت من أجله وذلك من خلال إجراء المزيد من الدراسات العلمية المناسبة .
7. **تخطيط وتنظيم الجهود العلاجية**:نظرا لأبعاد الإعاقة العقلية المتعددة والمشكلات المترتبة عليها كان لابد من وجود تخطيط وتنظيم البرامج العلاجية معتمدين على تعاون جميع المختصين من أجل دعم التكامل والترابط بين جميع الأطراف بهدف إنجاح هذه البرامج العلاجية.(إبراهيم، 2000).

الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعاقين عقليا

Educational Services for Children with Mental Retardation

تعدد أنواع الرعاية التي تقدم للأفراد المعوقين عقليا حسب أعمارهم الزمنية ونسبة ذكائهم بهدف مساعدتهم على استغلال ما تبقى لديهم من قدرات وإمكانيات ، وفيما يلي أهم هذه البرامج :

1. برامج رعاية أسرية تهدف إلى تدريب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة على بعض المهارات الحياتية مثل تناول الطعام وكيفية استخدام الحمام وتنظيف الأسنان، وارتداء وخلع الملابس.الخ...الخ .
2. برامج لفئة القابلين للتدريب بهدف تدريبهم على عمل معين لا يحتاج إلى تفكير عقلي حتى يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم في كسب قوتهم ، والتكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه .
3. برامج تربوية تأهيلية تقدم لفئة القابلين للتعلم والتي تهدف إلى :

أ. مساعدتهم على التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي والاقتصادي في حدود قدراتهم .

ب. تزويدهم بالمهارات التي تساعد على الاستقلالية والمشاركة في أنشطة المجتمع .

وبالمجمل فان الخدمات التربوية التي تقدم للأطفال المعوقين عقلياً تهدف إلى:

1. تنمية المهارات الحسية والحركية والمعرفية.
2. تنمية المهارات اللغوية، وعلاج صعوبات النطق والكلام.
3. تدريبهم على مهارات العناية بالذات ، والأمن والسلامة ، والعادات الصحية .
4. تعليمهم المهارات الأكاديمية البسيطة التي تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم قدر الإمكان، ومعرفة رقم التلفون، وإسم الشارع، والحي الذي يسكنون فيه .
5. تدريبهم على آداب السلوك الاجتماعي، وتنمية قدراتهم على إقامة علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين.
6. تنمية الجانب الأخلاقي لديهم . (احمد ،2007)

مناهج وأساليب تدريس المعوقين عقليا

Curricula and teaching methods with mental disabilities

يشير الخطيب وآخرون (2010) إلى أن مناهج وأساليب تدريس المعوقين تعتبر من الموضوعات الهامة في مجال تعليم المعوقين عقليا . (الخطيب وآخرون ، 2010)

ويؤكد الروسان (2010) أن موضوع تدريس الأطفال المعوقين عقليا يجب أن يتضمن الإجابة على السؤالين الرئيسيين التاليين :

الأول: ما الذي يجب أن ندرسه للأطفال المعوقين عقلياً ؟

الثاني: كيف ندرس الأطفال المعوقين عقليا ؟

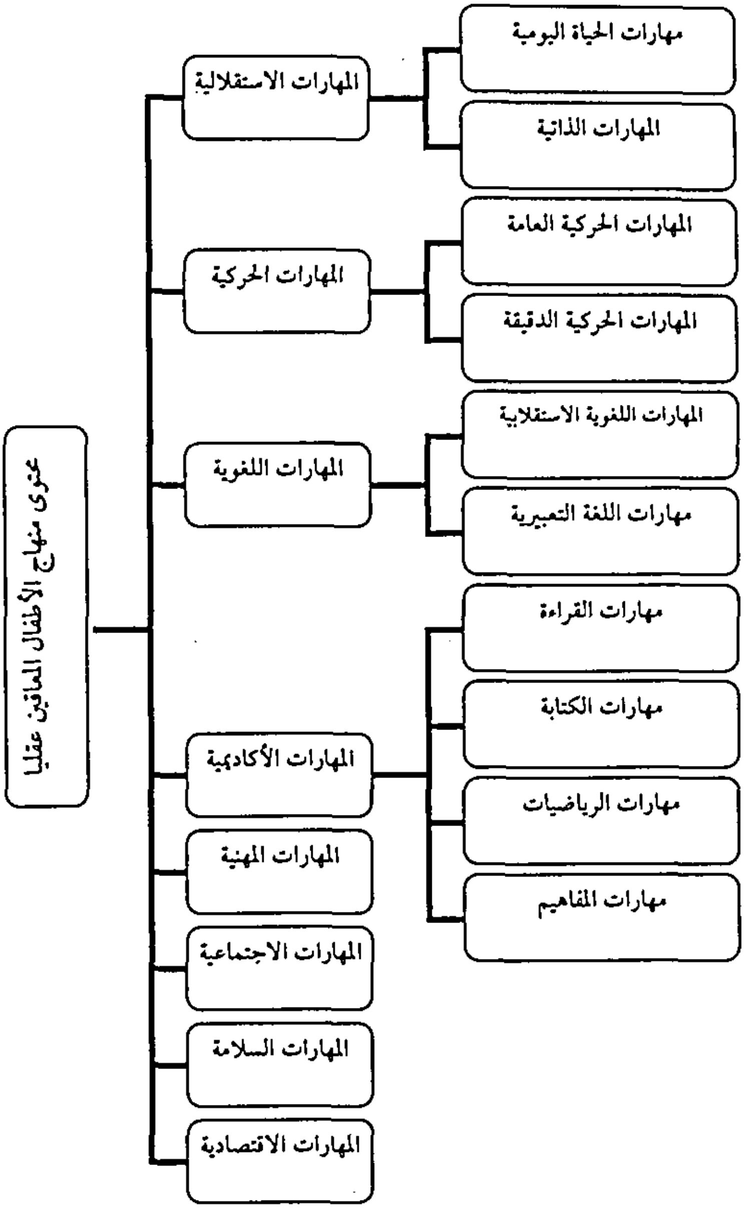
حيث يلخص السؤال الأول محتوى المنهاج للأطفال المعوقين عقليا وبالتحديد ما هي الموضوعات التي ندرسها للأطفال المعاقين عقليا ، فهل ندرسهم مواد أكاديمية كما هو الحال في صفوف المرحلة الابتدائية للطلبة العاديين أو ندرسهم مهارات ذات علاقة مباشرة بحياتهم اليومية وعلى ذلك يطرح السؤال الأول مضمون أو محتوى منهاج المعاقين عقليا أو ما يسمى Curriculum Content . أما السؤال الثاني فيلخص أساليب تدريس الأطفال المعاقين عقليا ، وبالتحديد كيف ندرسهم ؟ وما هي أساليب التدريس المناسبة لهم ؟ وما هي أنجحها وأكثرها فعالية وبشكل أدق How To Teach Mentally Retarded Student (الروسان ، 2010).

محتوى منهاج الأطفال المعاقين عقليا

Content of Curriculum for Children with Mental Retardation

يعرف المنهاج لغة بأنه الطريق الواضح، وفي ميدان التربية، والتربية الخاصة بشكل أدق، فان المنهاج والطريق الذي تسلكه العملية التربوية لتحقيق الأهداف التربوية، وتمثل الخطة التربوية الفردية

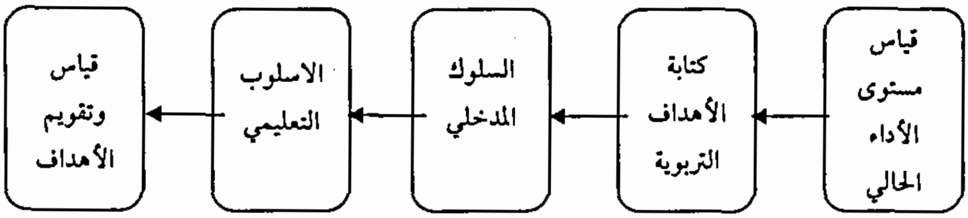
Individualized Educational Plan (IEP) المنهاج الفردي للمعوقين عقليا ، يشتمل ذلك المنهاج عددا من الأهداف التعليمية السلوكية ، كما يدرس وفق خطة تعليمية فردية. ويبن الشكل رقم(3) المهارات التي يحتويها مناهج الأطفال المعاقين عقلياً.



الشكل رقم (3) المهارات التي تحتويها مناهج الأطفال المعاقين عقلياً

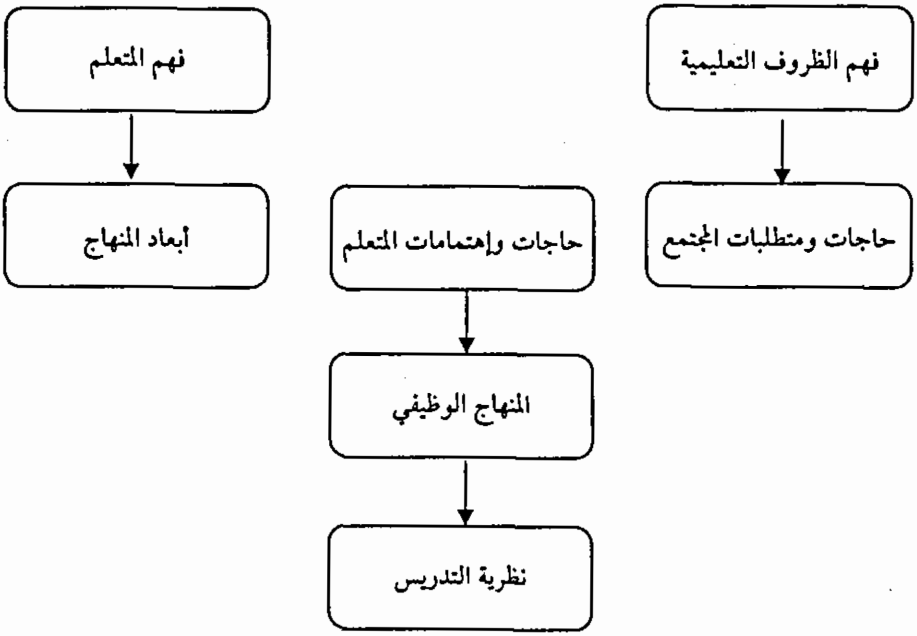
استراتيجيات بناء منهاج الأطفال المعاقين عقليا

تتطلب عملية بناء وتدريس منهاج المعوقين عقليا عددا من الإستراتيجيات يستحسن مراعاتها من قبل المعنيين ببناء منهاج المعاقين عقليا. ويقترح جلاسور (Glasser) في الروسان (2010) النموذج التالي :



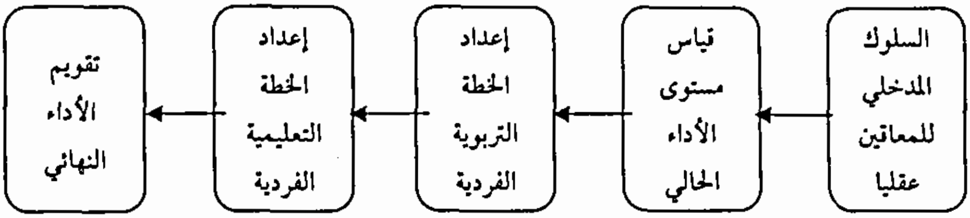
الشكل رقم (4)

أما تايلور Taylor فيقترح النموذج التالي:



الشكل رقم (5)

أما وهمان فيقترح النموذج التالي:



الشكل رقم (6)

وفيما يلي شرح موجز لنموذج وهمان :

1. السلوك المدخلي Entering Behavior

إن معرفة خصائص المعاقين عقلياً تشكل السلوك المدخلي لبناء منهج المعاقين عقلياً ومن ثم إعداد طريقة التدريس المناسب على ضوء الخطة التربوية الفردية وقد يكون تعريف الإعاقة العقلية هو أول لبنة في السلوك المدخلي للمعوقين عقليا ويعرف جرو سمان (Grossman 1973)الإعاقة العقلية على أنها : مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط (متوسط الذكاء) بانحرافين معياريين ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية من الميلاد حتى سن 18 سنة.

وقد يكون من المناسب الإشارة إلى أن الفرق بين قدرة الأطفال العاديين والأطفال المعاقين عقلياً على التعلم تكمن في اعتبارهم غير متمكنين من التعلم، وأنهم غير قادرين على التعلم من تلقاء أنفسهم.

خصائص الأطفال المعاقين عقليا المتعلقة بالتعلم (الخصائص التعليمية المعرفية)

1. الانتباه: وهي من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً وخاصة لدى فئة الأطفال شديدي الإعاقة وفئة الأطفال متوسطي الإعاقة حيث إنهم يواجهون مشكلات ونقصاً واضحاً في قدراتهم على الانتباه وخاصة في التعلم التمييزي حيث أنهم يجدون صعوبة في تمييز المثيرات من حيث لونها وشكلها ووضعها إذ أن الأمر يختلف عن بسيطي الإعاقة فهم لديهم القدرة على الإنتباه. وللتغلب على عدم قدرة الأطفال على الانتباه يجب اتباع الآتي:

أ. استعمال خبرات لها ثلاثة أبعاد.

ب. تقدم المهمة في تتابع من الأسهل إلى الأصعب.

ج. تجنب فشل الطالب ما أمكن ويجب تقديم المهمات التي ينجح فيها أولاً.

د. تقديم التعزيز الإيجابي المناسب.

ه. تهيئة الظروف المناسبة للانتباه بعيداً عن المثيرات المشتتة للانتباه.

2. انتقال أثر التعلم: Transfer of Learning من الخصائص المميزة لسلوك المعاق عقلياً صعوبة نقل ما تعلمه من موقف إلى آخر مقارنة بالطفل العادي الذي يماثله في العمر، إذ ليس من السهل على الطفل المعاق أن يتعرف على الدليل لحل مشكلة ما تعلمه مسبقاً ونقل ذلك إلى الموقف الجديد وعلى ذلك فإن فشل المعاق عقلياً في نقل ما تعلمه من موقف لآخر يؤدي إلى صعوبة في التعرف على الدلائل المناسبة مع الأخذ في الاعتبار أن قدرة الطفل المعاق عقلياً على نقل التعلم تعتمد على درجة الإعاقة وعلى طبيعة المهمة التعليمية.

3. التذكر Memory: من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعاقين عقلياً مشكلة التذكر سواء كان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الأحداث وخاصة تلك التي تحدث قبل فترة قصيرة وهي ما يطلق عليها الذاكرة قصير المدى. ويرجع ذلك إلى ضعف قدرة الطفل المعاق عقلياً على استعمال دلائل أو إستراتيجيات في عملية التذكر.،و يجب الأخذ بعين الإعتبار أن درجة التذكر ترتبط بدرجة الإعاقة، وهذا يعني أنه كلما زادت درجة الإعاقة قلت القدرة على التذكر. وترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعليم. وتبدو أهمية التذكر بشكل عام في نقل التعلم والخبرة من موقف لآخر وخاصة إذا تذكرنا أن هناك ثلاث مراحل في عملية التعلم.

- استقبال المثيرات (المعلومات) In put
- خزن المعلومات Storage
- استدعاء المعلومات Retrieval

والتذكر له نوعان: التذكر قصير المدى و التذكر طويل المدى. وإن نقل المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى إلى طويلة المدى تعتمد على:

1. الوقت الذي تصل فيه المعلومة إلى الذاكرة قصيرة المدى إلى الفترة الزمنية الواقعة بين استقبال المعلومة وتذكرها.
2. مدى مناسبة المادة من مرحلة التذكر قصير المدى إلى مرحلة التذكر طويل المدى للطفل المعاق عقلياً.
4. الخصائص اللغوية Linguistic Characteristic تعد الخصائص اللغوية من المشكلات المرتبطة بالإعاقة العقلية وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً هو أقل بكثير من مستوى الأطفال العاديين. ويمكن تلخيص تلك المشكلات في :

أ. مشكلات الكلام وصعوبة تشكيل الأصوات أو الأخطاء النطقية أو السرعة الزائدة في الكلام أو ظهور وقفات أثناء الكلام أو الأصوات غير المسموعة.

ب. قلة الحصيلة اللغوية.

ج. ترتبط درجة الإعاقة بنوع المشكلات اللغوية ودرجة حدتها.

2. قياس مستوى الأداء الحالي

يتمثل الفرق بين بناء منهج الأطفال العاديين وبناء منهج الأطفال المعاقين عقلياً ، أن مناهج الأطفال العاديين تعد سلفاً من قبل اللجان المشكلة لذلك لكي تناسب مرحلة عمرية معينة أو مستوى عمري معين .

أما مناهج المعاقين عقليا فلا توضع سلفا وإنما توجد مناهج عامة توضح الخطوط العريضة للمحتوى التعليمي ثم يوضع المنهج الفردي للطفل بناء على مقياس مستوى الأداء الحالي للطفل على ضوء الأهداف التربوية.وذلك يعني أن منهج المعاقين عقلياً يوضع بعد التعرف على الأداء الحالي، وتهدف مرحلة القياس لقدرات الطفل الحالية إلى التعرف على النقاط السلبية والإيجابية أو نقاط الضعف والقوة ومن ثم تجمع النقاط السلبية ، وتصاغ من جديد على شكل أهداف تربوية لكل طفل على حدة.

يجب أن يراعى في الخطة التربوية بعدان هما:

أ. البعد الفردي : ويقصد به في بناء منهج المعاق عقلياً أن لكل طفل منهاجه الخاص به.

ب. البعد الاجتماعي: يقصد بالبعد الاجتماعي أن يغطى منهج المعاقين عقلياً المتطلبات الاجتماعية المتوقعة منهم أي السلوكيات الاجتماعية المناسبة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع من أجل مساعدتهم على التكيف الناجح في المجتمع. (الروسان ، 2010)

3. إعداد الخطة التربوية الفردية

الخطة التربوية الفردية Individualized Education Program والمعروف اختصارها بالرمز IEP والتي تعرف أحيانا بالبرنامج التربوي الفردي وهو خطة مكتوبة تحدد الخدمات التي سيتم تقديمها للطالب المعاق عقليا ، حيث يعتبر الأداة الرئيسية التي تتضمن حصول كل طالب على خدمات التربية الخاصة والخدمات الداعمة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية ، ويمثل الشكل (7) نموذجا للخطة التربوية الفردية ..

يحتوي البرنامج التربوي للأطفال المعاقين عقليا البنود التالية :

1. مستوى الأداء الحالي للطالب .
2. الأهداف السنوية والنتائج المتوقعة مع نهاية العام الدراسي .
3. الأهداف قصيرة المدى مصاغة مع أهداف تعليمية .
4. خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة التي سيتم تقديمها للطالب.
5. مدى مشاركة الطالب في البرنامج الفردي العام المقدم في الصف العادي .
6. التاريخ المتوقع للبدء في تقديم الخدمات والانتهاء من تقديم تلك الخدمات .
7. المعايير الموضوعية والإجراءات التعليمية ومواعيد تنفيذها للحكم على مدى تحقيق الطالب للأهداف المنشودة.

ويشير الخطيب والحديدي (2005) إلى أن البرامج التربوية الفردية ليست عقدا ملزما بين المعلم والطفل بمعنى أن أحد الطرفين لا يتحمل المسؤولية في حال فشل البرنامج ، بينما البرنامج هو عملية تنظيمية مدروسة الغاية منها التخطيط التربوي المنظم ، حيث يتضمن ملخصا لمستوى الأداء الحالي ، والأهداف السنوية ،والأهداف قصير المدى ، والخدمات التربوية و محكات التقييم لكل هدف. (ا الخطيب والحديدي، 2005).

كما ويهدف البرنامج التربوي الفردي إلى تحقيق الغايات التالية :

1. التواصل بين الأهالي والكوادر التدريسية فيما يخص حاجات الطالب والخدمات التي سيتم تزويده بها والأهداف المتوقعة من ذلك .
2. يكون الفيصل في إنهاء أية خلافات بين أهل الطالب والمركز الذي يقدم خدمات التربية الخاصة للطالب.
3. يقدم ضمانات مكتوبة للمصادر اللازمة لمساعدة الطالب على الاستفادة من خدمات التربية الخاصة.
4. يعتبر أداة إدارية لضمان حق كل طالب الحصول على خدمات التربية الخاصة اللازمة لتلبية حاجاته الفردية .
5. يكون وثيقة يستخدمها ذوو العلاقة لضمان ومتابعة مدى الالتزام بتقديم الخدمات المقررة .
6. يقيم مدى تقدم الطالب نحو الأهداف المتأمل تحقيقها . (الزارع ، 2010)

4. إعداد الخطة التعليمية الفردية

وتعد الجانب التنفيذي للخطة التربوية الفردية وتكتب بعد أن يتم إعداد الخطة التربوية الفردية حيث تتضمن هدفا واحدا من الأهداف التربوية الواردة بالخطة التربوية الفردية ، والشكل رقم (5) يبين نموذجا للخطة التعليمية الفردية .

تشمل الخطة التعليمية الفردية عددا من الجوانب التي تتمثل في:

1. معلومات عامة عن الطفل، والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة وأسلوب التعزيز ورقم الفقرة في المنهاج أو المقياس الذي صيغ منه الهدف التعليمي وأسلوب إعلام الطفل المعاق بنتائج عمله.
2. الأهداف التعليمية الفرعية:وتشمل تحليل الهدف التعليمي إلى عددا من الأهداف التعليمية الفرعية وفق أسلوب تحليل المهام.
3. الأدوات اللازمة: وتدرج الأدوات اللازم استخدامها لتحقيق الهدف التعليمي.
4. الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك.

5. تقييم الأداء النهائي للأهداف التعليمية : وتهدف هذه المرحلة إلى:

أ. الحكم على مدى تحقق الأهداف التعليمية وفق الشروط والمواصفات والمعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية في الخطة التربوية الفردية.

ب. الحكم على مدى فاعلية الأسلوب التعليمي المستخدم.

ج. الحكم على مدى التقدم الذي أحرزه الطالب في أدائه على الأهداف التعليمية.

د. التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والطالب أثناء التدريس والتدريب.

ه. نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة التالية. (الروسان ، 2010)

Individualized Instructional Plan (IIP) نموذج الخطة التعليمية الفردية
الاسم: .... Name
التاريخ: .... Date
الهدف التعليمي: .... Instructional Objective
فقرة رقم: .... Item No.
أسلوب التعزيز: .... Type of Reinforcement .
إعلام الطالب بنتائج العمل .... Feedback

الرقم No.	الأهداف التعليمية الفرعية Sub instructional Objectives(Task Analysis Procedure	المواد اللازمة Materials	الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك Instructional Procedure Through BM Tec.

الرقم No.	الأهداف التعليمية الفرعية Sub instructional Objectives(Task Analysis Procedure	المواد اللازمة Materials	الأسلوب التعليمي وفق أساليب تعديل السلوك Instructional Procedure Through BM Tec.

الشكل رقم (7) : نموذج الخطة التعليمية الفردية

مراجع الفصل الثالث

المراجع العربية

- إبراهيم، علا عبد الباقي. (2000). الإعاقة العقلية: التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة:عالم الكتب.
- أحمد ،السيد علي السيد(2007).التوعية من الإعاقة، الأساليب والوسائل، ط1، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- أخرس، نائل.(2005).مدخل إلى التربية الخاصة.ط1، مكتبة الرشد، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- البـبلاوي ، ايهـاب ، احمد، السيد علي،مسلم ، حسن (2011).مناهج واستراتيجيات تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- بدر، إسماعيل.(2010). مقدمة في التربية الخاصة. ط1، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الجلامدة ، فوزية (2007) . فاعلية برنامج تعليمي في تحسين مستوى المعرفة بأسباب الإعاقة العقلية لدى أولياء الأمور في الأردن، رسالة دكتوراه منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ،عمان ، الأردن .
- الخطيب، جمال(1988). المظاهر السلوكية غير التكيفية لدى الأطفال المعاقين عقليا الملتحقين بمدارس التربية الخاصة (دراسة مسحية) ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية : التربية والتعليم الرياضية ، عمان ،الأردن : المجلد الخامس عشر ، العدد الثامن ، 163-186.
- الخطيب ، جمال ، الصمادي ، جميل،الروسان ، فاروق ،الحديدي ، منى ، يحيى ، خوله ، الناطور ، ميادة ، الزريقات ، إبراهيم ، العمايرة ، موسى ، السرور ، ناديا (2010) مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة ، ط2، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .

- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2011). التدخل المبكر، ط4، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2005). استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- الخوجا ،عبدالرحمن محمد(2001). سيكولوجية الإعاقة العقلية، المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، القدس.
- الروسان، فاروق . (2010).مقدمة في الإعاقة العقلية، ط4 ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان الأردن .
- الروسان ، فاروق(2010) .سيكولوجية الأطفال غير العاديين- مقدمة في التربية الخاصة ،ط8، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن .
- الريحاني ، سليمان (1985).التخلف العقلي. ط1 الأردن: مطابع الدستور التجارية.
- الزارع ، نايف (2010) المدخل إلى اضطراب التوحد – المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- سالم، ياسر.(1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.منشورات جامعة القدس المفتوحة،عمان، الأردن.
- الشناوي، محمد محروس. (1997). التخلف العقلي. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الظاهر،قحطان أحمد .(2005). مدخل إلى التربية الخاصة. الأردن، عمان: دار وائل للنشر.
- الظاهر ، قحطان أحمد(2004). مصطلحات ونصوص في التربية الخاصة باللغة الانجليزية ، ط1، دار اليازوري ، عمان ، الأردن .
- القمش ، مصطفى (2011) الإعاقة العقلية – النظرية والممارسة، ط1، دار المسيرة ، عمان .
- فراج، عثمان لبيب . (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة. مصر: المجلس العربي للطفولة و التنمية.

- القريطي ، عبد المطلب أمين (2005). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4، دار الفكر العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- القريوتي ،يوسف،السرطاوي،عبدالعزيز،الصمادي،جميل(2003).مدخل إلى التربية الخاصة، ط3، دار القلم ، دبي ، دولة الإمارات العربية المتحدة .
- القمش، مصطفى، المعايطة ، خليل(2010) . سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة – مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- كوافحة ، تيسير،عبدالعزيز، عمر (2011).مقدمة في التربية الخاصة، ط3، دار المسيرة، عمان.
- محمد ،محمود مندوه ، حمزة ،احمد عبدالكريم ، بخيت ،محمد ، مصطفى ، علي احمد (2010). مقدمة في التربية الخاصة ، ط1، مكتبة الرشد ، الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- مرسي، كمال إبراهيم.(1999). مرجع في علم التخلف العقلي.مصر،القاهرة : دار النشر للجامعات.
- يحيى، خوله أحمد وعبيد، ماجدة السيد. (2005). الإعاقة العقلية، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية:

- Brent, R.L., (2004). Environmental causes of human congenital malformation: The paediatricians role in dealing with these complex clinical problems caused by a multiplicity of environmental & genetic factors. Paediatrics Journal, 113 (4), 957-968.
- Buchanan, A., & Oliver, J. E. (1977). Abuse & neglect as a cause of mental retardation: A study of 140 children admitted to sub normality hospitals in Wilshire, British Journal Psychiatry, 131, 458-467.
- Bundey, S., Thake, A., & Todd J. (1989). The recurrence risks for mild idiopathic mental retardation Journal Medical Genetics, 26 (4), 260-266.
- Council on Child & Adolescent Health. (1998). The role of home visitation programs in improving health outcomes for children & families. Paediatrics Journal, 101 (3), 486-489.
- Camp, B. W., Proman, S. H., Nichols, P. L., & leff, M. (1998). *Maternal & neonatal risk factor for mental retardation: Defining* the at- risk child. Early Human Development Journal, 50 (2), 159-173.
- Chiocca, E M. (1995). Shaking baby syndrome: A nursing perspective. Pediatric Nurse Journal, Vol.21 (1), 33-38.
- Deka, D. (2004). Congenital intrauterine torch infection. New Delhi: Medical Publishers.
- Dunn, J. J., (1993). Iodine supplementation & the prevention of cretinism. Annals of the New York Academy of Sciences, 678:158-168.
- Ferrari, F. (1982). Neuropsychological follow-up of the premature infant :Mortality, sever sequelae, early diagnosis & prognosis. Pediatrics Medical Chair, 4 (6), 621-633.
- Hebert, M., Lavoie, F., & Parent, N. (2002). An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. Violence and Victims, 17 (3), 355-372.
- Holzer, P. J., Bromfield, L. M., Richardson, N., & Higgins, D. J. (2006). Child abuse prevention: What works? The effectiveness of parent education programs for preventing child maltreatment. Research Briefno.1, Online: www.aifs.gov.au/nch/pubs/researchbrief/rb1.html
- Jacobi, G. (1986) Damage pattern in severs child abuse with & without fatal sequelae. Monatsschr Kinderheilkd, 134 (6), 307-315.
- Kauffman, J (1981), Hand book of Special Education. N.J: Englwood cliffs, New Jerseym U.S.A.
- Kauffman, J. M. , & Hallahan, D.P (2006). Exceptional learners: An introduction to special education. (10th ed). Boston: Allyn & Bacon.

- Kirk, S., & Gallagher, K. (1983), Educating Exceptional Children, Boston, Press: Ohio.
- Levy, H. (1988). Maternal phinylketonuria. Progress in Clinical & Biological Research, 281, 227 – 242.
- Luciano, R., Zuppa, AA., aragliano, G., Gallini, F., & Tortorolo, G. (1997). Fetal encephalopathy after maternal anaphylaxis. Case Report Biology Neonate, 71 (3), 190-193.
- Ludwig, S., & Warman, M. (1984). Shaking baby syndrome: A review of 20 cases. Annals Emergency Medicine 13:104-107.
- McMillan, D., (1982), Mental Retardation In School & Society, (2nd.Ed) Little Brown & Company: Boston.
- Madhavan, T., & Naravan, J. (1991). Consanguinity & mental retardation. Mental Retardation Journal, 35, 133-139.
- Moore, K. L., & Persaud, T. V. (1998). Before we are born: Essentials of embryology & birth defect. (5th ed.). Philadelphia: PA.
- Niskar, A .S., Buchanan, S., & Meyer, P .A. (2005).A federal agency's role in fulfilling the public health core functions: The childhood lead poisoning prevention program model. Journal Public Health Management Practice, 11 (1), 50-58.
- Revello, .M. G., & Gerna, G. (2002).Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother, Fetus & newborn infant. Clinical Microbiology Reviews,15 (4),680-715.
- Robert, L., & Goldenberg, M D. (2002). High-risk pregnancy series: An expert's view. Obstetrics & Gynecology, 100 (5), 1020-1037.
- Scott, D. (2005). Towards a national child protection research agenda and its translation into policy and practice. Seminar presentation at the Australian Institute of Family Studies, Online Retrieved July 2006 from www.aifs.gov.au/institute/seminars/scottd.pdf.
- Shamon M. (2005). Hypothyroidism in infants & children low thyroid & its effects on newborn. infant & children. Retrieved August 24,2006 from: http://www.thyroid-info.com/articles/hypokids.htm
- Smith, D.D. (2007). Introduction to special education: Making difference, (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Smith, M. B., Patton, J.R., & Kim, s. H. (2006).Introduction to mental retardation: An introduction to intellectual disabilities. (7th ed.). New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Soto, J., (2002) .Toxoplasmosis in Pregnancy: in your Patient at Risk. Clinical Review, retrieved March 24, 2004 from:
- http://goliath.ecnext.com/comsite5/bin/pdinventory.pl?pdlanding=1&referid=2750&item_id=0199-1802023

- Stephanic, C., & Brandage. (2002). Preconceptional health care. Journal of the American Academy of Family Physicians, 56 (12), 50 – 56.
- Suskind, R., & Tontisirin, K. (2001) Nutrition, immunity, & infection in infant & children. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Thomas, P. (2004). Malnutrition affects mental growth. New Vision Online : Malnutrion affects mental growth. retrieved August 23, 2004,from http://search.yahoo.com/search;_p=Malnutrition+affects+mental+growth+%2B+Thomas+2004
- Tomison, A. M. (1998). Valuing parent education: A cornerstone of child abuse prevention. Child Abuse Prevention Issues Number 10 Spring 1998. Online www.aifs.gov.au/nch/issues10.html.
- Vanarsdale, J., Leiker, R., Kohn, M., Merritt, & T., Horowitz, B. (2004). Lead poisoning from a toy necklace. Pediatrics Journal, 114 (4), 1096-1099.
- Wong, D L., Eaton, M H., Winkelstein, M L., Wilson, D., Ahmann, E., & Thomas, P A. 04). Nursing care of infants & children (6th ed.). New York: Mosby Company.

الفصل الرابع

صعوبات التعلم

المقدمة
تطور مفهوم صعوبات التعلم
إسهامات العلماء في تطور المفهوم
تعريف صعوبات التعلم
الابعاد المشتركة في تعريف صعوبات التعلم
أسباب صعوبات التعلم
نسبة انتشار صعوبات التعلم
خصائص ذوي صعوبات التعلم
تصنيف صعوبات التعلم
تشخيص صعوبات التعلم
علاج ذوي صعوبات التعلم
تعريف بالمصطلحات الواردة في الوحدة
مراجع الفصل الرابع

الفصل الرابع

صعوبات التعلم

Learning Disabilities

المقدمة

تعد صعوبات التعلم من أحدث فئات التربية الخاصة وأسرعها تطورًا نتيجة للاهتمام المتزايد من قبل المهتمين بفئة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية ولا يعانون من أية إعاقات سمعية أو بصرية أو انفعالية أو جسمية أو حرمان بيئي أو ثقافي أو ظروف غير عادية.

والجدير بالذكر أن ذوي صعوبات التعلم طبيعيون وفوق الطبيعيين من حيث ذكائهم ومستوى تكيفهم فهم يتمتعون بدرجة متوسطة وفوق المتوسطة على مقاييس الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي، ومع ذلك فإنهم يواجهون صعوبات في تعلم المهارات الأكاديمية مثل القراءة والكتابة والحساب، ويخفقون في مهارات الانتباه والترميز والإدراك ...إلخ.

وبالرغم من نشوء هذا العلم في الولايات المتحدة الأمريكية، إلا أنه سرعان ما بدأ ينتشر في غيرها من البلدان، وأصبح مفهوم صعوبات التعلم مظهرًا من مظاهر الممارسات التربوية المعتادة فيها، وأصبح الطفل فيها محور خطة علاجية خاصة.

تطور مفهوم صعوبات التعلم:Learning Disabilities

لقد مرّ تاريخ صعوبات التعلم بثلاث مراحل أساسية وهذه المراحل هي:

1. مرحلة التأسيس الأولى وامتدت من 1800م-1929م.
2. مرحلة التأسيس الثانية وامتدت من 1930م – 1962م.
3. السنوات المبكرة من مرحلة صعوبات التعلم وامتدت من 1963م – إلى الآن.

وبدأت هذه المراحل بملاحظات جال عام 1800م، وانتهت بتشكيل جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم والتي تدعى الآن بالجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم في عام 1963م.

وبين هذين الحدثين حدث تطور مستمر في كل من الجانب النظري والإجراءات العلاجية للمشكلات المترتبة على اضطرابات الدماغ، وقد ساعدت الافكار التي ظهرت خلال هذه الفترة في بروز حركة صعوبات التعلم خلال الستينيات من هذا القرن، ولا تزال تشكل الأساس النظري لميدان صعوبات التعلم في الوقت الحاضر(السرطاوي وآخرون،2001).

وكان الاهتمام منصباً خلال العقود الثلاثة السابقة على الذين يعانون من إعاقات بصرية، أو سمعية، أو عقلية، أو حركية. ولم يبدأ الاهتمام بشكل واضح بالأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم إلا خلال العقد الأخير من القرن العشرين (الروسان، 1996: 171).

ويضيف هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2000) إلى ما سبق ذكره أن الفترة السابقة لظهور المصطلح (من عام 1930 إلى 1960م) شهدت استخدام عدد من المصطلحات لوصف مشاكل الأطفال ذوي التحصيل الدراسي المنخفض مثل:اضطرابات اللغة المحددة(specific language disorders)،والإعاقة العصبية(neurological impairment).

ويشير الظاهر (2005: 236) إلى بعض التسميات التي استخدمت لتدل على مفهوم صعوبات التعلم مثل:عسر أو احتباس الكلام (Dysphasia)، وعسر القراءة(Dyslexia)، والحبسة الرياضية (Dysealculia)، وعسر الكتابة (Dysgraphia)،أو غيرها من التسميات.

وظهرت العديد من التسميات التي تعبر عن مفهوم صعوبات التعلم، ومنها الأطفال ذوو الإصابات الدماغية(Brain Injured Children)، والأطفال ذوو المشكلات الإدراكية (Children With Perceptual Handicaps)، والأطفال ذوو القصور الوظيفي الدماغي الطفيف(Children With Minimal Brain Dysfunction)،والأطفال ذوو صعوبات التعلم(Children With Learning Disabilities (كيرك وكالفنت،1988: 14).

وكاتب هذه السطور يرجع تنوع التسميات التي تعبر عن مفهوم صعوبات التعلم إلى تنوع العلوم التي ساهمت في دراسته، حيث ترتب على ذلك تعدد تعريفات صعوبات التعلم،وذلك لعدم اتفاق الباحثين حول المعايير، والمحكات المستخدمة في تشخيصها، وتصنيفها، وتحديد نسبة انتشارها في المجتمع.

ونما مبحث صعوبات التعلم بشكل متزايد بعد عام 1965م إذ انه لم يكن معروفًا قبل ذلك عند معظم التربويين، ففي عام 1966م شكلت لجنة وطنية مدعومة من قبل عدة مؤسسات برئاسة كليمنتس وذلك بهدف وصف اصابة المخ البسيطة، وفي عام 1968م تم اقتراح تعريف لصعوبات التعلم من قبل جمعية الاشراف الوطنية على الاطفال المعوقين، وتم ايضا تشكيل قسم للاطفال ذوي صعوبات التعلم وذلك ضمن مجلس الاطفال غير العاديين وبصدور القانون رقم 91/ 230 في أواخر الستينات من القرن العشرين أصبحت صعوبات التعلم فئة رسمية من فئات التربية الخاصة، ويرجع الفضل إلى Bateman & Kirk في إبراز حقل صعوبات التعلم إلى حيز الوجود.

وفي السبعينيات من القرن العشرين ظهر عام 1975م القانون العام رقم 94/ 142 الذي منح الجمعيات والأشخاص قاعدة قانونية يستفيدون منها في مطالبتهم بتقديم تعليم مجاني مناسب للتلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم، وأصبح مصطلح صعوبات التعلم مألوفًا لجميع العاملين في مجال التربية الخاصة، واصبح اكثر شيوعًا واستخدامًا على السنة الصحافة والتربية والتشريع.وفي عام 1977م تم نشر القواعد والتعليمات النهائية حول صعوبات التعلم، وفي عام 1978م تم تاسيس خمس مؤسسات حكومية لدراسة صعوبات التعلم، وفي عام 1981م تمت إعادة النظر في تعريف خدمات التأهيل المهني ليسمح للأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم الشديدة بتلقي خدمات التأهيل(السرطاوي واخرون، 2001).

إسهامات العلماء في تطور المفهوم

لا بد هنا من ذكر بعض العلوم التي ساهمت في بلورة مفهوم صعوبات التعلم فعندما بدأ علم الأعصاب وعلوم أمراض العيون اخذ الأطباء أمثال Broca وهو عالم فرنسي (1824-1880) وWernick (1805-1984) وهو عالم الماني أخذوا يصفون المشاكل التي يواجهها مرضاهم والمتمثلة في فهم واستخدام اللغة المنطوقة كالكلام، والمكتوبة كالقراءة والإملاء بأنها مرتبطة بإصابات مناطق معينة في المخ، ويفترض Samuel Orton وهو طبيب وأستاذ في علم الأعصاب بان سبب صعوبات التعلم خلل عصبي وان صعوبات القراءة ناتجة عن خلط بين وظائف شقي الدماغ، وقد ازداد اهتمام علماء الأعصاب والطب في الآونة الأخيرة بهذه الناحية،حيث أن إمكانيات الاكتشاف العلمي والطبي لديهم تطورت بشكل كبير في أواخر التسعينيات.

ولا يمكن لتاريخ صعوبات التعلم أن يكون مكتملاً ما لم يذكر Samuel Kirk العالم التربوي المعروف على مستوى التربية الخاصة بشكل عام ومستوى صعوبات التعلم بشكل خاص الذي أمضى أكثر من ست وستين عامًا في دعم تقدم التربية الخاصة، وهو أول من استطاع أن يلاحظ بان تسميات الخلل البسيط لوظيفة المخ وغيرها من التسميات التي كانت تطلق على الأطفال الذين عمل معهم وعمل معهم غيره لا تنطبق عليهم وأدت تلك الملاحظة التي استمرت أكثر من ثلاثين عامًا إلى المناداة عام 1963م بالمصطلح الجديد – صعوبات التعلم- الذي أصبح الاسم الرسمي لهذه المجموعة من الأطفال (أبو نيان،2001: 11-15).

ويظهر أن هناك الكثير من العلماء الذين أسهموا في تطور مفهوم صعوبات التعلم من حيث التنظير والتقييم وتطوير البرامج العلاجية للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وسوف تتم الإشارة إليهم بتقديم بعض المعلومات بشكل مختصر عن أولئك العلماء وإسهاماتهم العلمية في مجال صعوبات التعلم والتي ساعدت في تطور الممارسات الحالية لميدان صعوبات التعلم كما ياتي:

بيير بول بروكا Pierre Paul Broca

في الستينات من القرن التاسع عشر عام 1861م كان بروكا الطبيب الفرنسي من أوائل من افترضوا بان وظيفة الشق الأيسر للدماغ تختلف عن وظيفة الشق الأيمن، وان اللغة تقع في الشق الأيسر.

جيمس هنشلود James Hinshelwood

وفي القرن التاسع عشر عام1917م نشر هنشلود وهو طبيب عيون ملاحظاته حول اثر إصابة الدماغ على مهارات القراءة لدى الكبار وعمم ملاحظاته على الأطفال، واستخدم هنشلود مصطلح عمى الكلمة الخلقي Congenital Word Blindness مع الأطفال الذين يتمتعون بقدرة بصرية وعقلية عادية لكنهم يعانون صعوبة في القراءة.

صاموئيل أورتون Samuel Orton

وهو طبيب أعصاب اقترح عام 1937م بان عدم السيطرة المخية هي سبب مشكلات القراءة وغيرها من مشكلات التعلم.

الفرد ستراوس Alferd Strauss

في الفترة ما بين 1930م-1940م طور ستراوس ومجموعته عددا من المقاييس النفسية وقد أكد ستراوس على أهمية الإدراك البصري لزيادة التعلم من خلال استخدام طرق تدريس خاصة لتعويض المشكلات الإدراكية.

جريس فيرنالد Grace Fernald

في عام 1943م نشر فيرنالد كتابه المميز بعنوان الأساليب العلاجية في موضوعات المدرسة الأساسية Remedial Techniques In Basic School Subjects، فقد تضمن وصفا لكيفية علاج صعوبات القراءة وصعوبات الحساب .

هاينز ويرنر Heinz Werner

عالم نفس الماني عمل مع كثر من المهتمين بصعوبات التعلم في مدرسة بولاية متشجان وفي عام 1947م أوصى عند تطوير المهارات اتباع التسلسل العادي للنمو وذلك بالبدء بمرحلة المحسوس والانتقال إلى مرحلة شبه المحسوس وصولا إلى مرحلة التجريد، وقد ظلت هذه مفاهيم اساسية ضمن صعوبات التعلم في الوقت الحاضر.

هيلمر مايكلبست Helmer Myklebust

وفي الخمسينات من القرن العشرين الماضي عام 1954م اهتم مايكلبست بنموذج نمو اللغة العادي كوسيلة لفهم الاضطرابات اللغوية، وبتوسيع نظرية نمو اللغة العادية لتشمل القراءة والكتابة على اعتبار انهما يمثلان المستويات العليا من اكتمال اللغة ربط مايكلبست اضطرابات اللغة بصعوبات التعلم.

جوزيف ويمان Joseph Wepman

في عام 1960م قام ويمان وزملاؤه بتطوير نموذج قادرا على دمج جميع النماذج السابقة، فقد حددوا الحبسة باضطراب في التكامل وأعطوا أسماء جديدة لعجز الاستقبال والتعبير هما أجنوزيا Agnosia للاول وأبراكسيا Apraxia للثاني، ويفسر هذا النموذج جميع أنماط اضطرابات اللغة العيادية والمتمثلة في:

1. الحبسة العملية Pragmatic Aphasia وتعني فشل اللغة في ابراز المعنى المقصود.
2. الحبسة المتعلقة بدلالات الألفاظ وتطورها Semantic Aphasia وتعني صعوبة اختيار الكلمات المناسبة.

3. الحبسة المتعلقة بقواعد الاعراب والبناء Syntatic Aphasia وتعني خطأ أو غياب القواعد وبناء الجملة.

ومما لاشك فيه ان نموذج ويبمان اسهم في تطوير مقاييس للتحقق من صدقه، واسهم كثيرا في اساليب العلاج التي هدفت الى معالجة انماط متعددة من صعوبات اللغة.

وليام كروكشانك William Cruickshank

في عام 1961م قسم كروكشانك الأطفال إلى مجموعات صفية بناء على احتياجاتهم التعليمية بدلا من مسمياتهم القائمة على التشخيص، ويعد هذا الإجراء منطلقا هاما للأسلوب غير التصنيفي في التعليم.

ماريان فروستج Marianne Frostig

في عام 1961م طورت فروستج وزملاؤها مقياسا لتقييم الإدراك البصري عرف باسم Developmental Test Visual Perception (DTVP)، وقد أشارت البيانات التي حصلت عليها فروستج بان كثيرا من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية لديهم عجز في مناطق الإدراك البصري.وهكذا نلاحظ إسهام فروستج في الممارسات التربوية مع ذوي صعوبات التعلم.

صامويل كيرك Samuel Kirk

في عام 1963م تحدث كيرك إلى مجموعة من الأهالي والمهتمين واقترح مصطلح صعوبات التعلم كلقب تصنيفي، وطور كيرك اختبارا لتحديد جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الأطفال ليطور لهم برامج علاجية يعرف باختبار الينوي للقدرات السيكو لغوية Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITBA)، ويقيس هذا الاختبار جوانب القوة والضعف من خلال الطريقة التي يعالج بها الأطفال المعلومات (السر طاوي وآخرون، 2001).

تعريف صعوبات التعلم

ظهرت عدة تعريفات لصعوبات التعلم، وكانت أولى هذه التعريفات في عام 1963م عندما اقترح كيرك(Kirk) الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال صيغة التعريف الآتي:

"يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطراب أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، أو اللغة، أو القراءة، أو التهجئة، أو الكتابة، أو العمليات الحسابية نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي، أو مشكلات سلوكية، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي، أو حرمان ثقافي" (القريوتي والسر طاوي والصمادي، 2001).

ويلاحظ أن هذا التعريف يركز على الأسباب العضوية لمظاهر صعوبات التعلم، فهو يرى أن سبب صعوبات التعلم هو خلل في الجهاز العصبي، أو تلف في الدماغ، أو اضطراب عاطفي، أو لأسباب لها علاقة بالمشكلات السلوكية.

وفي عام 1969م قدمت الجمعية الوطنية الاستشارية بقيادة كيرك(Kirk) تعريفًا لصعوبات التعلم جاء فيه: "يفصح الاطفال ذوو الصعوبات التعلمية الخاصة عن اضطراب في واحدة أو اكثر من العمليات النفسية الخاصة بالفهم أو اللغة الشفوية أو المكتوبة تتجلى على شكل اضطرابات في الاصغاء، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو الحساب، وتتضمن أحوالاً كان يشار اليها على أنها إعاقات إدراكية، أو إصابات دماغية أو قصور وظيفي دماغي طفيف أو اضطرابات لغوية أو حبسه كلامية تطورية على الا تشمل الصعوبات التعلمية المشكلات التعلمية الناتجة مبدئياً عن إعاقات بصرية أو سمعية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو حرمان بيئي"

وفي عام 1984م اقرت الجمعية الامريكية لصعوبات التعلم (The Association Children and Adults With Learning Disabilities) تعريفًا أكثر شمولاً كونه لا يقصر صعوبات التعلم على الاطفال الذين هم في سن المدرسة وعلى تعلم المهارات الاساسية، بل يشمل الاثار المترتبة على الشخصية وفرص التفاعل الاجتماعي وانشطة الحياة بشكل عام، ويتضمن الاشارة الى اختلاف درجة شدة الصعوبة وينص هذا التعريف على ان " صعوبات التعلم الخاصة حالة مزمنة ذات منشأ عصبي تؤثر في نمو أوتكامل أو استخدام المهارات اللفظية أو غير اللفظية، وتظهر صعوبات التعلم الخاصة كصعوبة واضحة لدى أفراد يتمتعون بدرجات عالية أو متوسطة من الذكاء، وأجهزة حسية وحركية طبيعية، وتتوفر لديهم فرص التعلم المناسبة، وتختلف آثار هذه الصعوبات على تقدير الفرد لذاته وعلى نشاطاته التربوية والمهنية والاجتماعية ونشاطات الحياة الطبيعية باختلاف درجة شدة تلك الصعوبات" (القريوتي وآخرون،2001)، (Mercer,1997).

وفي عام 1989م اقترحت اللجنة الأئتلافية الاتحادية للصعوبات التعلمية تعريفًا لتحسين تعريف الصعوبات التعلمية ينص على ان الصعوبات التعلمية ترجع الى مجموعة متغايرة من الاضطرابات تتجلى على شكل صعوبات ذات دلالة في اكتساب وتوظيف قدرات الاصغاء، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التعليل، أو الرياضيات، أو المهارات الاجتماعية غير أن دائرة التربية رفضت هذا التعريف ولم تعتمده لان ايراد المهارات الاجتماعية فيه سيؤدي الى تغيير في القانون النافذ، ويضيف اضطرابًا الى التطبيقات التشريعية(الوقفي، 1995).

و باستقراء التعاريف السابقة يتبين أن صعوبات التعلم عبارة عن قصور، أو تخلف نمائي في الكلام، أو اللغة، أو القراءة، أو الكتابة، أو الحساب، أو المواد الدراسية الأخرى. والتي لا تنجم عن عوامل ثقافية، أو تعليمية، أو عن الحرمان، وأنها ركزت على محك التباين، ومحك الاستبعاد، إذ أن ذوي صعوبات التعلم يظهرون تباعداً بين أدائهم الفعلي والمتوقع في مجال أو أكثر من المجالات الأكاديمية،ويكون ذلك على شكل قصور في أدائهم للمهمات في المجال الأكاديمي بالمقارنة باقرانهم في نفس العمر الزمني، والمستوى العقلي، والصف الدراسي، ويستبعد من هؤلاء ذوو الإعاقات المختلفة. ويمكن الاستفادة منها في تمييز مفهوم صعوبات التعلم عن غيره من المفاهيم الأخرى المشابهة كالتأخر الدراسي، ومشكلات التعلم الأخرى.

ومما سبق يتضح أن صعوبات التعلم مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات نتيجة خلل في الجهاز العصبي المركزي(Central Nervous System)، وتظهر هذه الاضطرابات في ضعف القدرة الأكاديمية المتمثلة في نقص القدرة على القراءة، أو الكتابة، أو الهجاء، أو الحساب، ويتميز ذوو صعوبات التعلم بمستوى متوسط أو فوق المتوسط في الذكاء والسلوك التكيفي، ومع ذلك فهم غير قادرين على مسايرة زملائهم في نفس العمر والمستوى العقلي، ويحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة.

الإبعاد المشتركة في تعريف صعوبات التعلم

من أجل فهم أفضل لتعريف صعوبات التعلم، سوف يتم فيما يلي توضيح للأبعاد المشتركة بينها جميعًا، ويمكن القول بأن هذه التعريفات تلتقي على صعيد أربعة أبعاد أساسية هي:

أولاً: التباين الشديد بين التحصيل المتوقع والقدرة الكامنة:

بالرغم من أن ذكاء الطلاب ذوي صعوبات التعلم يكون متوسطًا أو فوق المتوسط، وبالرغم من قدراتهم الكامنة، إلا أنهم يواجهون مشكلات تعوق تعلمهم أو تؤدي إلى انخفاض مستوى تحصيلهم الأكاديمي، وقد يكون التباين في الوظائف النفسية واللغوية، إذ قد ينمو بشكل طبيعي في وظيفة ما، ويتأخر في أخرى فمثلاً قد ينمو بشكل طبيعي في اللغة ولكنه يتأخر في الجانب الحركي لكنه يعاني من قصور في اللغة . أو قد يكون التفاوت بين القدرة العقلية العامة أو القدرة العقلية الخاصة والتحصيل الدراسي . فمثلاً قد يكون تباين بين المستوى التحصيلي والقدرة العقلية في واحدة أو أكثر من القدرة على التعبير اللفظي، أو التعبير الكتابي، أو القدرة على فهم المهارات الأساسية للقراءة،أو القدرة على القيام بالعمليات الحسابية (الظاهر،2005).

ويقدر التباين بين التحصيل المتوقع والتحصيل الفعلي عادة على أساس العمر الزمني أو العمر العقلي للطفل والمستوى الفعلي لتحصيله الصفي، والمثال الآتي يوضح ذلك:
مستوى التباين الشديد = العمر الزمني

$$2.5 - \left(0.17 + \frac{\text{نسبة الذكاء}}{300}\right)$$

ويعتبر هذا العامل الذي أشارت إليه بيتمان Bateman أول مرة، عنصرًا مهمًا في المحكات التشخيصية،

ولا يزال يقدم في معظم التعاريف، وتعتمده كثير من السلطات كدليل عام على وجود الصعوبات التعلمية، ومما لا شك فيه ان مستوى التباين يؤثر ارتفاعاً او انخفاضاً في التعرف على ذوي صعوبات التعلم وفي تقديم خدمات التربية الخاصة لهم(الوقفي، 1995).

ثانيًا: العمليات النفسية الأساسية:

صعوبات التعلم هي نتيجة لخلل في العمليات النفسية الأساسية Psychological Processing Disorders. والتي تتضح في عدم القدرة على الاستماع والتفكير والقراءة والكتابة وإجراء العمليات الحسابية (Kirk, Gallagher & Anastasiow, 1997) .

فقد قام مجال صعوبات التعلم على أساس أن الأطفال الذين يواجهون هذه الصعوبات لديهم أوجه قصور في القدرة على إدراك وتفسير المثيرات السمعية والبصرية

(Visual and auditory Stimuli) أي أن لديهم مشاكل على هيئة اضطرابات في العمليات النفسية الأساسية (التي تتضمن فهم واستعمال اللغة المنطوقة واللغة المكتوبة، وتبدو في اضطرابات الاستماع والتفكير والكلام والقراءة والإملاء والحساب)؛ ولكن هذه المشاكل ليست نفس مشاكل السمع والبصر الحادة، التي تظهر في حالتي الصمم أو العمى؛ وإنما هي عبارة عن مصاعب في تنظيم وتفسير مدلولات المثيرات السمعية والبصرية التي يتم إدراكها عن طريق الأذن والعين. وقد اكتشف الباحثون أن العديد من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يعانون بالفعل من هذه المشاكل المتعلقة بمعالجة المعلومات والتعامل معها إدراكاً (Hallahan & Kauffiman, 2000).

ثالثا: الإستبعاد:

يجب عدم تصنيف الطفل بأن لديه صعوبة في التعلم إذا كانت المشكلة ناتجة عن إعاقات بصرية أو سمعية أو حركية أو انفعالية أو تخلف عقلي أو عوامل بيئية أو ثقافية غير ملائمة (Kirk, Gallagher & Anastasiow, 1997).

إن الأطفال الذين تعود مشاكلهم في التعلم إلى أسباب تعود إلى إعاقة، أو عدم توفر البيئة الملائمة يتم استبعادهم من فئة صعوبات التعلم وفقاً لمعظم تعاريفها. ففي الاعتقاد بضرورة تضمين فقرة الاستبعاد المتقدم ذكرها في التعاريف ما يدل على صعوبة التمييز بين بعض هذه الحالات في بعض الأحيان. وهنالك مؤشرات كثيرة تدل مثلاً على أن الأطفال المنحدرين من بيئات اجتماعية ذات ظروف أسرية غير ملائمة هم الأكثر قابلية لأن يصبحوا من ذوي صعوبات التعلم؛ كما أن التلاميذ الذين لديهم شيء من التخلف العقلي، أو ذوي الإعاقة الانفعالية، كثيراً ما تظهر عليهم ذات الأعراض والأنماط السلوكية للتلاميذ ذوي إعاقات التعلم. وتفترض معظم التعاريف أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مصاعب تعلم جوهرية ومتأصلة (ليست عابرة) ناجمة عن خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي. ومن هذا المنطلق تستبعد تلك التعاريف البيئة من حساباتها كعامل رئيسي متسبب في صعوبات التعلم. وتنص التعاريف المذكورة على أن صعوبات التعلم من شأنها أن تحدث جنباً إلى جنب مع تداعيات الظروف البيئية غير الملائمة أو التخلف العقلي أو الإعاقة الانفعالية؛ ولكن لكي يتسنى تصنيف الطفل بأنه من ذوي إعاقات التعلم يلزم أن تكون مشاكله الدراسية ناجمة في المقام الأول عن صعوبات التعلم لديه (Hallahan & Kauffiman, 2000).

وتشير العديد من الدراسات والبحوث المستقلة، والمراجعات المسحية، إلى الضعف الشديد لمبررات قضية التباعد، إلى حد التأكيد بعدم مصداقية محك التباعد كأساس يمكن الاعتماد عليه في تشخيص وتقويم صعوبات التعلم، وفي تحديد الأساس المعرفي لهذه الصعوبات، وفي التنبؤ بكفاءة المعالجة. Aaron, 1997; Al, 1998; Lyon 1995a; 1995b; Siegel,1998;Spear-Swirlingand Sternberg, 1998).

رابعًا: الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة:

إن الفكرة التي يعتمد عليها هذا المحك هي إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يصعب عليهم التعلم وفق الطرق التقليدية المتبعة مع الأطفال الذين ليس لديهم صعوبات تعلم . كما إن الطرق الأخرى الخاصة بالإعاقات الأخرى قد لا تتناسب مع ذوي صعوبات التعلم وإنما يحتاجون إلى طرق خاصة (أساليب، مناهج، برامج، معلمين ذوي تدريب خاص... الخ)(الظاهر 2005) .

وتشكل الأبعاد السابقة إطاراً مرجعيا لتشخيص ذوي صعوبات التعلم الخاصة. وتبين لنا المنهجية التي يجب أن نتبعها في عملية التشخيص تلك. وتؤكد تلك المحكات بشكل مباشر ضرورة اعتماد أسلوب التشخيص الفردي ، إذ أن كل حالة يمكن النظر إليها على أنها حالة متميزة عن غيرها . ففي البداية لا بد لنا من التأكد من أن هناك تباينا واضحا بين مستوى قدرات التلميذ العقلية ومستوى تحصيله في المهارات الأكاديمية الأساسية ، وانه لا يعاني من إعاقة عقلية ، وان هذا التباين يرتبط باضطراب أو عجز في عمليات التعلم النفسية أو خلل وظيفي في الدماغ ، وليس نتيجة لأية إعاقات أخرى كالضعف السمعي أو الضعف البصري أو الاضطراب السلوكي أو عدم ملاءمة مناهج التعليم وأساليبه وظروفه الأخرى (القريوتي وآخرون، 2001).

أسباب صعوبات التعلم

يشير الأدب التربوي إلى أن أسباب صعوبات التعلم يمكن تبويبها في الفئات الرئيسية الآتية:-

1. العوامل الفسيولوجية

أكد آدمز،وكوكسز،وأيستس (Adams, Kocsis, & Estes,1974) أن أكثر الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم تعود إلى تلف في الدماغ، أو إلى العجز الوظيفي المكتسب قبل

الولادة، أو خلالها، أو بعدها، وأن صعوبات التعلم ترجع إلى بعض أنماط الاختلال الوظيفي على الرغم من السلامة العضوية للجهاز العصبي المركزي.

ويشير السر طاوي وآخرون (2001: 116-117) إلى أن أسباب ما قبل الولادة (Prenatal Causes) تتضمن الأمّراض التي تصيب الأمّ خلال فترة الحمل كالحصبة الألمانية، وتلف الجهاز العصبي الناتج عن تناول الأمّ للكحول والمخدرات أثناء فترة الحمل، أما الأسباب التي تحدث خلال فترة الولادة(Natal Causes) فتتضمن نقص الأكسجين، وإصابات الولادة الناتجة عن استخدام الأدوات الصلبة، والولادة المبكرة، وتتضمن أسباب ما بعد الولادة(Postnatal Causes) تلك الحوادث التي تؤدي إلى تلف في الدماغ، ومنها التهاب السحايا، والحصبة الألمانية، والحمى القرمزية.

2. العوامل الوراثية

يبين عدس(1998: 42-43) أن ما نسبته(25-40٪) من الأطفال واليافعين ممن يعانون من صعوبات تعلم، قد انتقلت إليهم بفعل عوامل الوراثة. ويذكر الوقفي(1996: 110) أن صعوبات التعلم، وصعوبات القراءة الشديدة تنتج عن اعتلال جيني يتبع نمطاً ًسائداً من الوراثة، وليس نمطاً مرتبطاً ًبالجنس، فإذا كان عند أحد الوالدين صعوبة في تعلم القراءة فإن خطر حدوث صعوبات تعلم الأطفال يزداد بوضوح.

3. الاختلالات البيوكيماوية

تذكر شقير(1999: 285-288)أنه من الممكن أن تؤدي الاختلالات الكيماوية – الحيوية التي تؤثر سلباً في نمو الجهاز العصبي المركزي إلى صعوبات التعلم كنقص سكر الدم، وقصور الدرقية وجارات الدرقية، وإفرازات الغدة النخامية.

وأوضح الوقفي(1996: 117-118) أن الأطفال المصابين ببيلة الفينيل كيتون يوريا Phenyl Ketonuria (PKU)، والأطفال المصابين بالسكري،و نقص الفيتامينات، ونقص الحديد ممن لهم ذكاء طبيعي سيكونون على حافة خطر معاناتهم صعوبات التعلم في القراءة.

4. عوامل أخرى مساهمة

وهي ليست أسباباً مباشرة، ولكن وجودها إذا تزامن مع وجود صعوبات التعلم فإن هذه العوامل تزيد من إحتمال ظهور صعوبات التعلم، وتأتي هذه العوامل من جملة الأسباب غير المباشرة لصعوبات التعلم.

ويبين السرطاوي وآخرون(2001: 119-120) أن صعوبات التعلم الناتجة عن مثل تلك العوامل المساهمة تحدث في سن المدرسة، لذا فإن التدخل التربوي المناسب وتوفير البيئة الصفية، والأسرية الملائمة يساعد في التغلب على مثل تلك الصعوبات، ومن هذه العوامل ما يأتي:

أ. العوامل النفسية

يشير الداهري (2005: 244) إلى أن للتأثيرات النفسية والمتمثلة بالخوف، والقلق، وقصر مدة الانتباه، والاضطرابات النفسية أثراً كبيراً في ظهور صعوبات التعلم كعدم القدرة على تذكر المادة التعليمية، وكتابة الجمل المفيدة، وتكوين المفاهيم، وتنظيم الأفكار.

ب. العوامل التربوية

يذكر عدس(1998: 283)أن بوادر صعوبات التعلم تتضح عند معظم الأطفال بشكل واضح حين يبلغون سن الالتحاق بالمدرسة، وإن كان من المؤكد أن بوادر الصعوبات تبدو قبل ذلك.

ويرى الوقفي(1996: 124-125) أن نجاح أو إخفاق الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية في المدرسة هو نتاج التفاعل بين الطلاب وبين العوامل التي يواجهونها في غرفة الصف كنقص الأنشطة الحافزة، وممارسات التعليم غير الملائمة.

نسبة انتشار صعوبات التعلم

اختلفت الدراسات في تقديرها لنسبة طلبة المدارس الابتدائية الذين يعانون من صعوبات التعلم نظراً لاختلاف مفهوم صعوبات التعلم،واختلاف محكات التشخيص. فتشير بعض الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلمية هي (7-8٪) من الأطفال في المدارس الابتدائية، وقد تبين من خلال الدراسة أن نسبة ذوي صعوبات التعلم هي أعلى من نسب بقية الإعاقات (الداهري،2005: 351).

ويشير الزراد(1991) إلى أن نسبة انتشار صعوبات التعلم في دولة الأمارات العربية المتحدة وصلت إلى (13.4٪). ويذكر توفيق(1993) أن نسبة انتشار صعوبات التعلم في سلطنة عمان بلغت(10.8٪)من تلاميذ المرحلة الابتدائية. ويبين آل زميع(1998: 32-33)أن نسبة انتشار صعوبات التعلم في الأردن وصلت إلى(8.1٪)، وكانت نسبة الذكور(

9.2٪) في حين كانت نسبة الإناث (6.88٪). ويوضح أبو نيان(2001: 22) أن معدل التلاميذ الذين يرتادون برامج صعوبات التعلم في المملكة العربية السعودية يصل إلى (7٪) من بين تلاميذ المدارس التي فيها برامج لصعوبات التعلم على مستوى المرحلة الابتدائية.

ويتضح من خلال العرض السابق أن نسب انتشار صعوبات التعلم متفاوتة،وبصورة عامة يمكن أن يكون التباين في نسبة انتشار صعوبات التعلم ناجماً عن الاختلاف بين الباحثين في التعريف، والمحكات التشخيصية المستخدمة، ونوع الصعوبات.

خصائص ذوي صعوبات التعلم

ذكرسيسل وشارلي وآنر وكث وسوساس(Cecil,Chrlie,Annr,Keith,& Susas1992: 36-37) خصائص ذوي صعوبات التعلم كالآتي:-

1. النشاط الزائد وهو السلوك الحركي الذي يبدو بلا هدف، وعادة ما يكون مزعجاً.
2. الإعاقة الحركية الحسية الإدراكيه: وهي مشاكل في تنسيق المدخلات السمعية والبصرية مع رد الفعل الحركي مثل كتابة الأرقام والحروف.
3. التقلب الانفعالي: وهي التردد والتقلب في السلوك المزاجي، والذي لا يبدو مرتبطاً بالموقف.
4. ضعف في التوجه العام أو السلوك اللاتوافقي.
5. اضطرابات الانتباه وهي صعوبات في التركيز لفترات كافية، وشرود في الذهن.
6. الاندفاعية والتهور والتي تتمثل في التصرف دون النظر في عواقب الأمّور.
7. اضطرابات في الذاكرة والتفكير وتتمثل في صعوبة استرجاع المعلومات.
8. صعوبات دراسية محددة تتمثل في صعوبة فهم، وتذكر اللغة الشفوية، وعيوب في النطق.
9. اضطرابات التحدث والسمع وتتمثل في صعوبات المهارات الدراسية مثل القراءة والكتابة.
10. العلامات العصبية غير المحددة مثل المشكلات الإدراكية الحسية، والنمو المتأخر في اللغة والنواحي الحركية.

وقد أشار برن(Bryan, 1997:76) إلى أن نسبة (34-59٪) من التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم لا يتمكنون من تكوين علاقات اجتماعية سليمة، ويعانون من رفض زملائهم لهم.

ويذكر السر طاوي(1984: 442) أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون في الغالب من مشكلات لغوية، ومن صعوبة في التميز السمعي، ومن مشكلات في الذاكرة، ونقص في الانتباه، وفرط في الحركة.

تصنيف صعوبات التعلم

تشير معظم الكتابات التي يتضمنها الأدب التربوي في هذا المجال إلى أن صعوبات التعلم تصنف إلى ما يلي:-

1. صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities

تبين شقير(1999: 281-282)أن صعوبات التعلم النمائية تتعلق بوظائف الدماغ، والعمليات العقلية التي يحتاجها التلميذ في تحصيله الأكاديمي، مثل: الإدراك الحسي، والانتباه، والتفكير، والذاكرة، واللغة،وتقسم إلى صعوبات أولية مثل: صعوبات الانتباه Attention، والإدراك Perception، والذاكرة Memory، وصعوبات تعلم ثانوية مثل:التفكير، والكلام، والفهم، أو اللغة الشفوية.

وتعد صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities واحدة من العوامل التي تفسر انخفاض التحصيل الدراسي فهي تتضمن اضطرابات نقص الانتباه والإدراك، والذاكرة، والتفكير ، واللغة التي تؤدي إلى صعوبات تعوق التقدم الأكاديمي (سالم، 2003:69) كيرك وكيلفإنت (Kirk&Chalfant , 1984:169).

ويشير الظاهر(2004: 240) إلى أن القصور في عمليات الانتباه، والإدراك، والذاكرة والتفكير، وهي عمليات عقلية غاية في الأهمية سيكون لها تأثيرها السلبي في اكتساب اللغة، والمعرفة، والقراءة، والكتابة، والحساب.

2. صعوبات التعلم الأكاديمية .Academic Learning Disabilities

يوضح عدس(1998: 283-284)أن صعوبات التعلم الأكاديمية غالباً ما تشير إلى صعوبات القراءة الناتجة عن قلة التركيز، ونقص الانتباه، والتي على أساسها تم تصنيف حوالي (85 ٪) في عداد من يعانون من صعوبات التعلم. ويعزو البعض هذه النسبة المرتفعة

بسبب التركيز الشديد على تعلم القراءة إذا ما قورن بالتركيز على تعلم المقررات الدراسية الأخرى.

ويذكر أبو نيان (2001: 23 -26) أن صعوبات التعلم الأكاديمية تشمل الصعوبات التي يواجهها التلاميذ في المواد الدراسية الأخرى مثل العلوم والجغرافيا، إذ يجد التلاميذ صعوبة في استخدام الإستراتيجيات اللازمة لفهم المادة الدراسية، وتذكر معلومات مثل إستراتيجيات تنظيم المعلومات، وربط الأفكار، وتحديد المعلومات الهامة.

ويتفق الظاهر(2004: 240)مع عدس(1998)، وأبونيان(2001) بأن صعوبات التعلم الأكاديمية ترتبط بشكل أساسي بصعوبات التعلم النمائية إذ يمكن القول إنها نتيجة للقصور في عمليات الانتباه، والإدراك، والتذكر، والتفكير، حيث يتعرض الطفل إلى صعوبات في القراءة، والكتابة، والتهجئة، والتعبير الكتابي والأملائي، والعمليات الحسابية.

ويتم التمييز بين صعوبات التعلم النمائية (Developmental Learning Disabilities) وصعوبات التعلم الأكاديمية(Academic Learning Disabilities)، كون صعوبات التعلم النمائية تتعلق باضطرابات، أو خلل في العمليات الأساسية اللازمة للتعلم الأكاديمي مثل الانتباه، والتذكر، والإدراك، والتفكير، واللغة،أما صعوبات التعلم الأكاديمية فهي ترتبط بتعلم مهارات القراءة، والكتابة، والتهجئة، والحساب (الخطيب، 1997: 77).

مما سبق يتضح أن معظم المختصين يتفقون على أن صعوبات التعلم النمائية تؤثر بشكل أو بآخر في صعوبات التعلم الأكاديمية، وأن صعوبات القراءة تعد من أكثر أنماط الصعوبات الأكاديمية شيوعاً.

تشخيص صعوبات التعلم

حتى تكون عملية التشخيص صادقة وموضوعية يجب الحصول على معلومات مفيدة ودقيقة من المعلمين، والأهل، وأصحاب العلاقة،بالإضافة إلى سجلات التاريخ النمائي الاجتماعي. وأثناء عملية التقييم يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار نوع السلوك، وتكراره وشدته، ومدته،حيث أن التقييم الصادق يساعد المعلمين على تحديد الصعوبات التعليمية التي تحتاج إلى اهتمام ومعالجة(Merser,1997).

ويذكر كيرك وكالفنت(1988: 24-32) المحكات المستخدمة في معرفة الأطفال ذوي صعوبات التعلم على النحو التالي:-

1. **محك التباين أو التباعد Discrepancy Criterion**

يظهر ذوو صعوبات التعلم تبايناً في واحد من المحكين التاليين أو كليهما:

أ. تباين واضح في الانتباه، والتمييز، واللغة، والقدرة البصرية، والذاكرة، وإدراك العلاقات بين الأداء الفعلي والمتوقع.

ب. تباين بين النمو العقلي العام، أو الخاص، والتحصيل الأكاديمي.

2. **محك الاستبعاد Exclusion Criterion**

وهو المحك الذي يستبعد الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية، والسمعية، والبصرية، والانفعالية.

3. **محك التربية الخاصة**

ويشير هذا المحك إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لا يستطيعون التعلم وفق الطريقة التقليدية، ويحتاجون إلى طرق خاصة تتناسب مع صعوباتهم.

وبالإضافة إلى المحكات السابقة يضيف السيد(2003: 49) المحكين التاليين لتشخيص ذوي صعوبات التعلم.

4. **محك النضج Maturation Criterion**

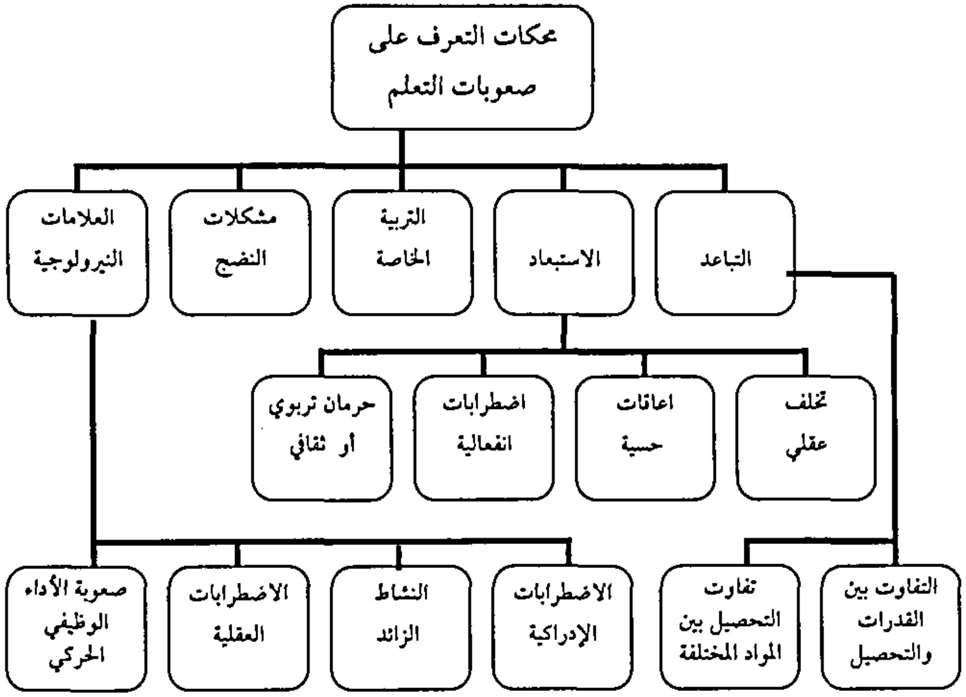
ويقصد به عدم الانتظام في نمو الوظائف، والعمليات العقلية المسؤولة عن الأداء مثل اللغة، والانتباه، والذاكرة، وإدراك العلاقات.

ويشير الظاهر(2005: 239) في هذا السياق إلى أن نسبة الذين يعانون من صعوبات تعلم من الذكور أكثر منها عند الإناث، حيث أن الذكور أبطأ في اتجاه النضج من الإناث، وأن الكثير من الذكور وبعض الإناث في سن الخامسة أو السادسة يعانون من مشكلات ادراكية،أوحسية،أو حركية لها الأثر الكبير في تعلم التمييز بين الحروف الهجائية.

5. **محك المؤشرات النيرولوجية Neurological Criterion**

وفيه يتم تحديد صعوبات التعلم على أساس الاضطراب الوظيفي للنصفين الكرويين في المخ. ويشير روبرت (Robert, 1999: 256-258) إلى بعض الطرق المستخدمة في تشخيص ذوي صعوبات التعلم، كاختبارات العمليات .Processing Tests التي تستخدم لتحديد صعوبات القراءة،وافتراض الاضطراب البيولوجي الذي يفترض وجود اختلافات بين ذوي صعوبات القراءة والعاديين في الجوانب التشريحية وصور الرنين المغناطيسي أثناء أداء الدماغ

لبعض وظائفه في المهام القرائية واللغوية،ولقد لخص عبد الباسط (2005، 23) محكات التعرف على صعوبات التعلم كما في شكل (1).



الشكل (1) محكات التعرف على صعوبات التعلم

ويبين الزيود (1995: 23) أن تشخيص صعوبات التعلم يترتب عليها مستقبل الطفل وعلاقته مع الآخرين، لذا فإن عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل فريق من الاختصاصيين فريق التشخيص (Diagnosis Team) المكون من طبيب،واختصاصي نفسي، واختصاصي اجتماعي، واختصاصي في التربية الخاصة، واختصاصي في التأهيل المهني.

مما سبق يتضح أن عملية التشخيص يجب أن تكون تكاملية، بحيث توفر معلومات عن النواحي الجسمية، والنفسية، والثقافية، والاجتماعية المتعلقة بالطفل وأسرته، وهذا يعني تحديد هذه الصعوبات، والتعرف إلى أسبابها، ومن ثم وضع البرامج العلاجية والخطط التربوية الفردية المناسبة لها. ومن الضروري عند تشخيص صعوبات التعلم الأخذ بعين

الاعتبار المحكات المذكورة سابقاً منعاً للالتباس مع الحالات الأخرى المشابهة في ضعف التحصيل.

علاج ذوي صعوبات التعلم Treatment of Learning Disabilities

تعد صعوبات التعلم حالة يصعب التخلص منها تماماً؛ ولكن يمكن الحد آثارها، ونظراً لوجود المنحى الطبي وكذلك المنحى النفسي الذي يتعاطى مع مشكلة صعوبات التعلم بكلمة علاج،وبما أن برامج الرعاية والتربية والتعليم تقتصر على ميدان التربية والتأهيل فسيتم الإبقاء العلاج الطبي، والعلاج النفسي إلى العلاج التربوي في هذه الدراسة على هذا العنوان كما ورد في العديد من أدبيات التربية الخاصة. وتنوعت طرق العلاج ما بين والسلوكي، وسيتم تناولها لمزيد من الأثراء.

العلاج الطبي Medical Therapy

تحتاج بعض حالات صعوبات التعلم إلى التدخل الطبي كما في حالات ضعف التركيز ونقص الانتباه وفرط الحركة،ويتم بأساليب متعددة أهمها:

1. العلاج بالعقاقير الطبية في حال فرط النشاط.
2. العلاج بضبط البرنامج الغذائي بحيث لا يحتوي على سكريات، أو كيماويات مضافة ومواد ملونة وحافظة، ونكهات صناعية.
3. العلاج عن طريق الفيتامينات: إذ أن إعطاء الأطفال جرعات من الفيتامينات لنقص الانتباه يؤدي إلى تحسن في الانتباه ويقلل من درجة الإفراط في النشاط (الشايع،2006).

العلاج التربوي Educational Therapy

يشير السرطاوي والسرطاوي(2001: 205-206) إلى بعض الإستراتيجيات العلاجية التربوية التي يمكن توظيفها بفعالية مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم وهي:

1. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها.
2. التدريب القائم على العمليات النمائية النفسية.
3. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها والعمليات النمائية النفسية.

العلاج السلوكي Behavior Therapy

يهدف إلى زيادة ممارسة سلوك مرغوب فيه،أو تشكيله،أو خفض سلوك غير مرغوب فيه، ويعتمد العلاج السلوكي على فنيات، وإجراءات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى تبعاً لنوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل، كما يؤكد هذا الأسلوب على أن أخطاء التفكير الداخلية والعمليات المعرفية هي التي توجه انفعالات، وسلوكيات الأفراد، وأنه بإمكانهم أن يصححوا العمليات المعرفية الخاطئة إذا تلقوا العلاج المناسب (زيادة، 2006: 40-41).

ويمتاز العلاج السلوكي بسهولة تطبيق البرنامج من قبل الآباء والمعلمين في غرفة الصف،وفي البيت، كما يمتاز عن العلاج الطبي بعدم وجود آثار جانبية قد تنتج عن استخدام العقاقير (الرواجفة، 2005: 52).

العلاج النفسي Psychotherapy

تتطلب بعض حالات صعوبات التعلم توفر برامج العلاج النفسي، المتمثلة في برامج الإرشاد النفسي للوالدين لمساعدتهما لتقبل الطفل وتعلم كيفية معاملته، وعلاج مظاهر العجز النمائي الذي يؤثر في التعلم، ويهتم هذا الأسلوب بعلاج وظائف العمليات النفسية الإدراكية المعرفية المسؤولة عن التعلم (الشايع، 2006).

تعريف بالمصطلحات الواردة في الوحدة

تمهيد

يتناول هذا الفصل بعض المصطلحات المستخدمة في ميدان صعوبات التعلم قدر الإمكان، حيث تم التركيز على المصطلحات الخاصة بصعوبات التعلم إلى أقصى قدر ممكن، وتجدر الإشارة إلى أن هذه المصطلحات تتداخل أحيانا مع فئات التربية الخاصة الأخرى، لذا فمن المؤمل أن نكون قد ساهمنا في تزويد المهتمين والمختصين في مجال صعوبات التعلم بتفسير لبعض المصطلحات والمفاهيم ذات العلاقة في هذا المجال، وتم ترتيب المصطلحات حسب الأحرف الانجليزية بغض النظر عن تسلسل ورودها في هذا الكتاب، بحيث يسهل على القارئ الوصول إليها بسرعة ومتى شاء.

ولا بد من الإشارة بأنني استفدت في هذا المجال من جهود العديد من الأساتذة والمتخصصين في مجال التربية الخاصة بشكل عام وصعوبات التعلم بشكل خاص وكان من أكثرهم فائدة بالنسبة لي:

- أ. د زيدان السرطاوي و د. يوسف القريوتي و د جلال الفارسي "معجم التربية الخاصة" 2002م.
- أ. د عبد العزيز الشخص و د. عبد الغفار الدمياطي "قاموس التربية الخاصة" 1992م.
- د قحطان احمد الظاهر "مصطلحات ونصوص انجليزية في التربية الخاصة"
- وأخيرا وليس آخرًا آمل أن أكون قد وفقت في توضيح بعض المصطلحات الهامة ذات العلاقة بمجال صعوبات التعلم.

(A)

العجز الأكاديمي: Academic Disorder

عندما يكون الأداء الأكاديمي لبعض الطلبة أقل من مستوى أقرانهم بشكل واضح، ويعاني معظمهم من عجز واضح في فهم المجردات واستخدام العمليات العقلية وعلى الأخص عمليات التفكير. ويعانون من صعوبة واضحة في تعميم ما تعلموه من موقف إلى آخر وبذلك تكون استفادتهم مما تعلموه محدودة وقاصرة إلى حد بعيد.

صعوبات التعلم الأكاديمية: Academic Learning Disabilities

يشتمل مصطلح صعوبات التعلم الأكاديمية على: الصعوبات الخاصة بالقراءة، والكتابة، والتهجئة، والتعبير الكتابي، والحساب، فحين يظهر الطفل قدرة كامنة على التعلم، ولكنه يفشل في ذلك بعد توفير التعليم المدرسي الملائم له، عندئذ يؤخذ في الاعتبار أن لدى الطفل صعوبة خاصة في تعلم القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو التعبير الكتابي.

صعوبات الحساب Arithmetic Disabilities

قد يواجه الأطفال ذوو الصعوبات الخاصة بالحساب صعوبة في تعلم المهارات الأساسية مثل الجمع، والطرح، والضرب، والقسمة. إلا أن البعض لا يواجه هذه المشكلة إلا عندما يصل إلى المستويات العليا في حساب الكسور، والأعشار، والجبر، والهندسة، وغني عن القول بان الأطفال ذوي صعوبات الحساب يحتاجون إلى التركيز على نفس أساليب التشخيص والعلاج المستخدمة مع الأطفال ذوي صعوبات القراءة، وقد أطلق على

صعوبات الحساب عدة مسميات منها العمى العددي، أو الحبسة الرياضية أي العجز عن إجراء العمليات الحسابية البسيطة.

صعوبات الذاكرة السمعية: Auditory Perceptual Disabilities

تعتبر الذاكرة السمعية مهمة لتطوير اللغة الشفهية الاستقبالية التعبيرية فقد يكون لدى الذين يعانون من صعوبة في الذاكرة السمعية صعوبة في معرفة الأصوات التي سبق أن سمعوها، أو إعطاء معاني للكلمات أو أسماء للأعداد أو إتباع التعليمات أو التوجيهات، وأحيانا يمكن ملاحظة صعوبات الذاكرة السمعية لدى الأطفال الذين يكثرون من استخدام الإشارات والإيماءات والتمثيل الصامت والأصوات التي تؤثر في التواصل، وفي القراءة نجد أن الأطفال قد يفشلون في ربط أصوات الحروف مع الرموز المكتوبة، وفي التهجئة الشفوية تعتبر الذاكرة السمعية مهمة لتعلم تسلسل الأصوات بشكل مناسب، وكذلك الحال في حقائق الرياضيات المتمثلة في عمليات الجمع، والطرح، والضرب، والقسمة، وتعلم أسماء الأعداد، والعد عن طريق الحفظ تعتمد جميعها على الذاكرة السمعية.

قصور الادراك السمعي: Auditory Perceptual Disability

عدم قدرة الطلبة المصابين بهذه الحالة على التمييز بين الاصوات، او ربما سماعهم شيئاً مختلفاً عما يقوله المتحدث، وقد يكلفهم ذلك الكثير من الوقت للتحقق من الكلام، أو المعنى المقصود، أو اتباع التعليمات المعطاه إليهم فيخلطون بين الاصوات ولا يستطيعون تمييز المثيرات الصوتية من خلفياتها مما يعطي الانطباع بأنهم غير منتبهين أصلاً بالرغم من أن نمط الحديث الذي تم استخدامه وسرعته يكون مناسباً لاقرانهم من التلاميذ العاديين.

(B)

تلف الدماغ: Brain Damage

إصابة تحدث قبل أو بعد أو أثناء الولادة، وقد تنتج عن التهابات أو إضطرابات كيماوية تؤثر على الانسجة، وقد تسهم في تراكم الدم أو فقدان الاكسجين مما يؤدي بالتالي الى موت الانسجة، وهو مصطلح يستخدم لوصف الاطفال الذين يعانون من إصابة في أنسجة الدماغ تؤدي إلى إصابة أو تلف النظام العصبي المركزي.

خلل الدماغ الوظيفي: Brain Dysfunction

مصطلح يستخدم للدلالة على الخلل الوظيفي للدماغ، وقد استخدم بدلاً من الإصابة أو التلف المخي حيث انه لا يشير إلى تلف عضوي في أنسجة الدماغ، ولا يعتبر هذا المفهوم شائع الاستخدام وخاصة من قبل التربويين الذين يعتبرونه غامضاً نوعاً ما.

(C)

المخيخ: Cerebellum

يقع المخيخ في نهاية ساق أو جذع الدماغ وتختص وظيفته بالعمل على تكامل التناسق الحركي العضلي بشكل سلس، ويؤدي تلفه بشكل عام إلى حركات غير متناسقة تؤثر بدورها على الكتابة وغيرها من مهارات الأداء الحركي الدقيق والتوازن، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى الأخطاء العكسية في القراءة والنطق.

السيطرة المخية: Cerebral Dominance

يدل على افتراض أن أحد شقي الدماغ عادة ما يسيطر على الجانب الآخر من الجسم وذلك في ضبط حركات الجسم، ويتحكم الجزء الأيسر من الدماغ في اللغة لدى معظم الأفراد، وقد ظهر هذا المصطلح على يد العالم أورثون.

صعوبات تشكيل المفهوم: Concept Formation Disabilities

قد توجد الصعوبات لدى بعض الأطفال في مجال التصور العقلي مثل عملية التفكير أو التصوير أو عملية تكوين المفهوم، وحتى يقوم الأطفال بتنظيم خبراتهم وترتيب البيئة من حولهم فإنهم يبدأون بتصنيف الأشياء والأحداث إلى مجموعات، وهذا يتطلب القدرة على معرفة العوامل المشتركة بين الأشياء غير المتشابهة وعلى تطوير المفاهيم. إن بعض الأطفال يواجهون صعوبات في التعميم أو التصور العقلي وتكوين المفاهيم وبالتالي تكون لديهم صعوبة في التفكير والتعلم.

(D)

الحبسة الكلامية النمائية: Developmental Aphasia

يستخدم المصطلح لوصف حالة الطفل الذي يعاني من صعوبة شديدة في اكتساب اللغة الشفوية، ويرتبط هذا الاضطراب بخلل في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، بحيث لا يستطيع الطفل الكلام في عمر سنتين أو ثلاث سنوات أو أنه يتأخر في تعلم الكلام.

عسر الكتابة النمائي: Developmental Dysgraphia

مصطلح يطلق على بعض الحالات التي تتصف بسرعة القراءة، إلا أن نوعية الكتابة لديها تبدو ضعيفة وغير مقروءة بدرجة كبيرة، وكذلك بعض الحالات التي يكون فيها الأطفال قادرين على إنتاج حروف تم تشكيلها جيدًا، ولكن تعتبر كتاباتهم بطيئة وغير فعالة.

صعوبات التعلم النمائية: Developmental Learning Disabilities

تشتمل صعوبات التعلم النمائية على تلك المهارات السابقة التي يحتاجها الطفل بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية. فحتى يتعلم الطفل كتابة اسمه مثلاً لا بد أن يطور كثيرًا من المهارات الضرورية في الإدراك والتناسق الحركي وتناسق حركة العين واليد والتسلسل والذاكرة وغيرها، ولحسن الحظ فإن هذه الوظائف تتطور بدرجة كافية لدى معظم الأطفال لتمكينهم من تعلم الموضوعات الأكاديمية وحين تضطرب هذه الوظائف بدرجة كبيرة وواضحة ويعجز الطفل عن تعويضها من خلال وظائف أخرى عندئذ تكون لديه صعوبة في تعلم الكتابة أو التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية.

التفاوت بين التحصيل الأكاديمي والأداء المتوقع: Discrepancy Between Achievement and Level of Expectation

مصطلح يطلق حين يظهر الطفل دليلاً على ان قدرته العقلية تقع ضمن المتوسط ويحقق تقدمًا عاديًا أو قريبًا من المستوى العادي في الحساب واللغة، ولكنه لم يتعلم القراءة بعد فترة كافية من وجوده في المدرسة، فعندئذ يمكن اعتبار هذا الطفل من ذوي صعوبات التعلم في القراءة، وكذلك الحال إذا تعلم الطفل القراءة، ولكنه أظهر تأخرًا واضحًا في الرياضيات.

محك التباين أو التباعد: Discrepancy Criterion

وهذا يعني أن مستوى التحصيل للطالب ينخفض بشكل ملحوظ عن المستوى المتوقع منه في ضوء قدراته، ويجب أن يظهر التباين بين مستوى القدرة أو القابلية والتحصيل في جانب أو أكثر من الجوانب الآتية: التعبير اللفظي، والإصغاء، والاستيعاب اللفظي، والكتابة، والقراءة، واستيعاب المادة المقروءة، والعد والاستدلال الحسابي، ويجب أن لا تقل درجة التباين عن انخفاض يوازي صفين دراسيين، وهذا المعيار يوفر فرصة أفضل للطالب في المرحلة الابتدائية قبل الحكم بأنه يعاني من صعوبات تعلم خاصة.

اضطرابات في الانتباه: Disorders of Attention

مصطلح يطلق على ضعف القدرة على التركيز والقابلية العالية للتشتت وضعف المثابرة على أداء النشاط وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلى آخر أو من مهمة إلى أخرى، وبطبيعة الحال فإن العلاقة بين النشاط الزائد واضطراب الانتباه علاقة قوية.

التشتت: Distractibility

يعاني بعض الطلبة من التشتت أو عدم القدرة على التمييز بين المثيرات الهامة وغير الهامة، وتغلب على بعض هؤلاء الأطفال حالة من عدم النظام لأنهم لا يمتلكون القدرة على الاستمرار في عمل ما بصورة منظمة ومنطقية فغالباً ما نجد تركيزهم بعيداً عن العمل الذي يقومون به.

عسر الكتابة: Dysgraphia

هي القصور في القدرة على التعبير عن الأفكار والآراء عن طريق الكتابة أو الرموز المكتوبة، أو عدم القدرة على أداء الحركات المطلوبة لعملية الكتابة وترتبط الحالة بقصور في الأداء الوظيفي، فعلى الغم من أن الطفل يعرف الكلمة ويستطيع نطقها إلا انه لا يتمكن من تنظيم الأنشطة الحركية الضرورية لكتابة الكلمة من الذاكرة.

(E)

صعوبات في التعبير اللفظي: Expression Disabilities

تعني عدم القدرة على اكتساب التعبير اللفظي، فمثل هذا الطفل لا يتكلم في عمر سنتين أو ثلاث سنوات أو نجد أنه يتأخر في تعلم الكلام، ويفضل البعض أن يطلق على هذه الصعوبة مصطلح التأخر في الكلام، أو صعوبة اللغة الشفهية، أو حبسة الطفولة.

صعوبات اللغة التعبيرية: Expression language Disabilities

تعني عجز الأطفال في القدرة على التعبير عن أنفسهم من خلال النطق والكلام، فخلال نموهم المبكر نادرا ما يشاركون في المحادثة بالرغم من انهم يستطيعون التعرف على الصور عندما يطلب منهم ذلك.

(F)

صعوبات التمييز بين الشكل والأرضية: Figure Ground Discriminatio Disabilities

تعني معاناة الطفل من صعوبة في التمييز البصري بين الشكل والأرضية فقد يعاني من صعوبة في تفريق شي من الأرضية التي يعتبر جزء منها، وبالمثل فان الطفل الذي يعاني من مشكلة في التمييز السمعي للشكل والأرضية قد يعاني من صعوبة في الاستماع لتعليمات المدرس، ويمكن القول بان الأطفال الذين لا يركزون على المثيرات ذات العلاقة ويتجاهلون المثيرات الأخرى المتواجدة في البيئة فإنهم سوف يعانون من صعوبات.

(H)

النشاط الزائد: Hyperactivity

حالة من السلوك الحركي غير المنضبط وغير المنظم، مما يجعل الطفل وكأنه في حركة دائمة ويجد صعوبة كبيرة في البقاء جالساً مما يجعله يلجأ إلى إحداث الفوضى بشكل دائم داخل الفصل وبشكل غير متسق مع متطلبات الموقف أو المهمة التي يقوم الطفل بأدائها الأمر الذي يسبب إزعاجا للصف والمعلم.

فرط الحركة: Hyperkinetic

مصطلح يشير الى حالة تتميز بالنشاط الحركي المفرط وعدم تركيز الانتباه والسلوك المندفع.

(I)

الاندفاعية : Impulsivity

تشير إلى التسرع في السلوك دون التفكير بنتائجه، وتعكس هذه الصفة ضعف التنظيم والتخطيط لمواجهة المواقف والمشكلات سواء التعليمية أو غيرها، كما أنها ترتبط بدرجة عالية بخاصية الإفراط في النشاط وعليه فان السلوك الاندفاعي يحرم الطفل من التفكير المنطقي في حل المشكلات.

الخطة التربوية الفردية: Individualized Educational Plan (I E P)

وهي خطة التدريس التي تحدد بدقة الأهداف والأنشطة التعليمية المتضمنة في الأهداف العامة أو الأهداف طويلة المدى التي يشتمل عليها البرنامج التربوي الفردي، ويتضمن البرنامج التربوي المكتوب العناصر الآتية: عبارة تصف مستوى الأداء الحالي، وتحديد

الأهداف السنوية، وتحديد الأهداف التعليمية قصيرة المدى، وعبارة تصف خدمات التربية الخاصة المقدمة والخدمات المساندة، والمدى الذي سيشارك فيه الطفل في البرنامج التربوي الفردي، وتحديد تاريخ تقديم الخدمات والفترة الزمنية المتوقعة لتقديم الخدمات، واستخدام محكات مناسبة للحكم على فاعلية الأهداف التعليمية قصيرة المدى، بالإضافة إلى استخدام أساليب تقويم محددة للتحقق من تلك الأهداف بحيث تتم ممارستها مرة واحدة في السنة على الأقل.

البرنامج التعليمي الفردي: Individualized Educational Program

وهو برنامج يسهم في تطويره عدد من الأخصائيين ذوي العلاقة بحيث يتم تشكيل هذا الفريق بناء على طبيعة إعاقة الفرد، ويشكل مدرس التربية الخاصة واحد أفراد الأسرة ومعلم الصف العادي ابرز الأطراف التي يجب أن تكون ضمن أعضاء هذا الفريق الذي يتولى تصميم برنامج تدريبي يشتمل مستوى الأداء الحالي للفرد، والأهداف السنوية، والأهداف السلوكية قصيرة المدى، والخدمات المساندة الواجب تقديمها، والجهات المسؤلة عن تقديمها، والتواريخ التي يجب أن تقدم فيها الخدمات، ومحكات تقديم الخدمات المقدمة.

صعوبات اللغة التكاملية: Integrative Language Disabilities

يشير مصطلح صعوبات اللغة التكاملية ؟إلى الصعوبة في التصريف بشكل رمزي، وعدم القدرة على تحديد العلاقات بين الأشياء، فالأطفال الذين يعانون من صعوبات تكاملية سمعية شفهية يفهمون اللغة ولكنهم يعانون من صعوبة في ربط ما سمعوه بخبراتهم السابقة ذات العلاقة فحين يعرض على الطفل كوب ويطلب منه تسميته فانه سوف يستجيب بقوله كوب ولكن حينما يسأل ماذا نفعل بالكوب أو ماذا يحدث إذا القيناه فانه يكون غير قادر على الاستجابة، فهذا الطفل لديه صعوبة في تحديد العلاقات بين الأشياء وخبراته السابقة.

(L)

نقص فرص التعلم: Lack of Opportunity of Learning

يعتبر نقص فرص التعلم سبباً آخر لحدوث التأخر الدراسي لدى الأطفال. فالطفل الناضج اجتماعياً ومهنياً ولغوياً ولكنه يعاني في نفس الوقت من مشكلات أكاديمية فان ذلك قد يكون ناتجاً عن عدم توفر فرص التعلم المقدمة إليه، ومع أن هناك تفاوت بين قدرته وتحصيله إلا أن الطفل لا يعتبر ضمن فئة صعوبات التعلم.

اضطرابات اللغة: Language Disorders

يستخدم مصطلح اضطرابات اللغة للدلالة على الاضطرابات في مجال اللغة الاستقبالية التي تتمثل في الصعوبة في فهم اللغة واستيعابها وفي مجال اللغة التعبيرية المتمثلة في الصعوبة في انتاج اللغة .

طريقة الخبرة اللغوية: Language Experience Method

تعتمد هذه الطريقة على خبرات القارئ ولغته، وتشتمل على معلومات وخبرات يمليها التلميذ وتكتب بواسطة المعلم، ومن ثم تستخدم كمادة تعليمية لتدريس القراءة وتفيد هذه الطريقة في تحسين الخبرات اللغوية وتطوير قدرات الطفل على القراءة.

صعوبات التعلم: Learning Disabilities

يشير هذا المصطلح إلى اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية اللازمة المتعلقة بفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو الكتابة أو التهجئة أو العمليات الحسابية ويتضمن هذا المصطلح أيضا حالات التلف الدماغي والاضطرابات في الإدراك والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبسة الكلام ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية أو تدني الأداء نتيجة للإعاقة البصرية أو الحركية أو الانفعالية.

أنماط التعلم: Learning Styles

يعود هذا المصطلح إلى الطريقة التي يستطيع خلالها العقل ان يفهم ويعالج ما يحتاج إلى تعلمه فأفضل طريقة يتعلم بها الفرد هي التي تتوافق وتتطابق مع نمط التعلم لديه وفي واقع الأمر ليس هناك طريقة صحيحة بشكل مطلق لكن هناك طريقة مناسبة ووحيدة لكل طالب هي الطريقة الفعالة.

صعوبات الذاكرة طويلة المدى: Long Term Memory Disabilities

تعود هذه الصعوبات عادة الى عدم مقدرة الفرد على استرجاع المعلومات بعد فترة زمن يصل مداها الى 24 ساعة او اكثر، فالأطفال قد تكون لديهم درجة كافية من الذاكرة قصيرة المدى ولكنهم يعانون من مشكلة في استرجاع المعلومات بعد وقت متأخر ومثال ذلك هو قراءة المفردات في درس القراءة فالطفل الذي شاهد الكلمة المطبوعة ودرسها وكان قادراً على قراءتها بصوت عال نجده في اليوم التالي غير قادر على استدعاء وقراءة الكلمة المطبوعة.

(M)

صعوبات الذاكرة: Memory Disabilities

إن القدرة على التعلم ترتبط بدرجة عالية بالذاكرة، فآثار الخبرة التعليمية يجب الاحتفاظ بها بهدف جمع هذه الخبرات والاستفادة منها في عملية التعلم، وقد ينتج عن صعوبة الذاكرة أعراض مختلفة وذلك بالاعتماد على طبيعة ودرجة قصور الذاكرة من جانب والمهمة المتعلمة من جانب آخر، ومن الأساليب المفيدة لفهم مشكلة الذاكرة عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم ذلك الأسلوب الذي يركز على جوانب العجز والقصور في الاستراتيجيات الضرورية للمشاركة بنشاط في عملية التعلم، فالصعوبة في أداء الواجبات التي تعتمد على الذاكرة اعتبرت على أنها عجز في الاستراتيجيات وليس عجزاً في القدرة

التلف الوظيفي المخي البسيط: Minimal Brain Dysfunction

خلل مخي وظيفي يؤثر في وظائف الجهاز العصبي مما يؤدي إلى صعوبات تعليمية ومشكلات سلوكية، وقد أطلق هذا المصطلح كبديل لمصطلح تلف الدماغ للإشارة إلى أسباب صعوبات التعلم في حين لم يثبت أن لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم أية تأكيدات على تلف خلايا الدماغ لذلك تمت الاستعاضة بمصطلح خلل وظيفي دماغي بسيط

أسلوب الحواس المتعددة: Multisensory Approach

أحد الأساليب التربوية المستخدمة في العمل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم ويعمل هذا الأسلوب على حل مشكلات الطفل وذلك باستخدام حواسه المختلفة في عمليات التدريب حيث يفترض بان الطفل سوف يكون أكثر قابلية للتعلم عندما يستخدم أكثر من حاسة واحدة من حواسه، ويعتبر نموذج فيرنالد Fernald المسمى بنموذج VAKT مثالا على هذا الأسلوب.

(N)

الاختبارات معيارية المرجع: Norm Referenced Tests

تلك الاختبارات التي يمكن أن نقارن من خلالها أداء الفرد بأداء أقرانه ممن هم في نفس العمر أو الصف وذلك كي نستطيع الحكم على مستوى أداء الطفل وتستخدم هذه الأنواع من الاختبارات في مجال صعوبات التعلم لقياس التحصيل الأكاديمي، وتحدد

الدرجات في هذه الاختبارات المستوى الصفي للطفل في احد مجالات التحصيل الأكاديمي، وتركز هذه الاختبارات على المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب.

(P)

النمط السلبي للتعلم: Passiv Learning Style

خاصية يتسم بها التلاميذ ذوو صعوبات التعلم ممن يميلون إلى الانتظار حتى يقوم المعلم بتوجيههم وإخبارهم بما يجب عليهم عمله، مما يدل على افتقادهم إلى الميل والاهتمام بالتعلم، ويتسم هؤلاء التلاميذ بمراكز ضبط وتوجيه خارجية بحيث لا يملكون القدرة على توجيه سلوكهم وأفعالهم بشكل ذاتي أو داخلي، وهذا النمط من التعلم يؤثر بشكل سلبي على أداء الطفل وتفاعله مع البيئة المحيطة به.

عسر الكتابة الأولى: Primary Dysgraphia

تأخذ هذه الصعوبة أشكالا متعددة فعلى سبيل المثال قد يتعطل تشكيل الحروف لدى الطفل بدرجة متساوية في كلتي اليدين وقد يتعطل النسخ وقد لا تكون الكتابة الإملائية أفضل من الكتابة بشكل تلقائي، وهناك بعض الصعوبة في معرفة وإدراك الحروف وفي تحديد الأخطاء في الكتابة غير الصحيحة للحروف. إن الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الأخطاء يتمكنون عادة من كتابة الكلمات بسبب ما طوره من مهارات حركية اتوماتيكية جيدة ومن الأشكال الأخرى لعجز الكتابة الأولى نقص الدافعية والإثارة فقد يكون لدى الطفل صعوبة في البدء في الكتابة أو أكمال كلمة وفي هذه الحالات تكون الكتابة الإملائية أفضل من الكتابة العفوية أو التلقائية وذلك بسبب أن التلقائية غير مطلوبة.

صعوبات في حل المشكلات: Problem Solving Disabilities

يبدأ الأطفال عادة في حل المشكلات في عمر مبكر فعلى سبيل المثال قد يضع طفل عمره سنتان كرسياً في بعض المواقع ويصعد عليه كي يصل إلى شيء مرغوب وفي نهاية العام الرابع أو الخامس يسأل الأطفال أسئلة متعددة وينتقلون من شيء إلى آخر أو يحلون مشكلات بسيطة ويتصفون بحب الاستطلاع فحين تصادفهم عقبة ما فإنهم يحاولون التغلب عليها وتعتمد الرغبة والقدرة على حل المشكلة على النمو السوي للمهارات المعرفية الأخرى فالأطفال الذين لا يستجيبون لمعالجة المواقف المعقدة أو المشكلة لأي سبب من الأسباب سوف يطورون اتجاهاً سلبياً أو ضعيفاً يجعلهم يستسلمون عند مواجهة أية عقبات مستقبلية.

طريقة التدريب على العمليات: Process Training

تقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم ويعتقد مؤيدوا هذه الطريقة أن التدريب على عملية إدراكية ما يساعد على نمو وتحسين الأداء الوظيفي لتلك العملية وتسهيل عملية التعلم لدى الطفل، ووفق هذه الطريقة فانه يتم عن طريق التقييم الدقيق تحديد المشكلات الإدراكية المسؤولة عن صعوبات التعلم ومن ثم يتم تصميم التدريبات الملائمة للعملية أو العمليات الإدراكية.

الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات:
Process Training and Skill Training Method

كان التدريب على العمليات هو المنهج الأكثر شيوعاً في أوساط البرامج التربوية لذوي صعوبات التعلم واستمر الحال كذلك حتى أواخر الستينيات من هذا القرن حيث برز اتجاه التدريب على المهارات والذي اعتبره المعلمون أكثر ملائمة للاحتياجات الفردية لتلاميذهم وعلى الرغم من أن الجدل بين أنصار كل اتجاه لا زال قائماً فان الاتجاه الأكثر قبولاً في أوساط المتخصصين في الوقت الحاضر هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الايجابية لكل منهما، ومن المؤكد أن التدريب على العمليات يعتبر أكثر ملاءمة لصغار السن أما فيما يتعلق باليافعين والشباب من ذوي صعوبات التعلم فان التدريب على المهارات هو الأكثر ملاءمة واستجابة لحاجاتهم الناجمة عن المهمات المختلفة في برامجهم التعليمية.

(R)

صعوبات اللغة الاستقبالية: Receptive Language Disabilities

يتمكن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة الاستقبالية من سماع كلام الآخرين ولكنهم لا يفهمون معنى ما يقال، وتسمى هذه الحالة بالحبسة الاستقبالية، والحبسة الحسية، والصمم اللفظي وعدم القدرة على فهم المعاني اللفظية السمعية ويعتبر عدم القدرة على استقبال وتفسير اللغة المنطوقة الخاصية الأساسية في صعوبة اللغة الشفهية الاستقبالية وكذلك تكون لديهم صعوبة في اتباع التعليمات أو الأوامر وفي تعلم معنى أجزاء معينة من الكلام مثل حروف الجر والصفات كما أنهم يعانون من صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة نفسها.

صعوبات الاستدعاء: Rehearsal Disabilities

يستطيع الأطفال ذوو صعوبات التعلم التعرف على فقرات قليلة شاهدوها سابقاً مقارنة بالأطفال العاديين ممن ليست لديهم صعوبة في التعلم. وتعتبر ذاكرة الاستدعاء أكثر صعوبة من مهارة التعرف إذ يتوجب على الأطفال إعادة مثيرات الخبرة السابقة في حال غيابها فالطفل الذي سبق أن درس كلمة المدرسة مثلاً يجب أن يكون قادراً على استرجاع الكلمة وكتابتها.

القراءة العلاجية: Remedial Reading

تشير إلى الإجراءات والأساليب المستخدمة مع الأطفال ممن لا زالت مهارات القراءة عندهم غير متطورة بعد تعريضهم للقراءة النمائية وكذلك القراءة التصحيحية وأحيانا يطلق على هؤلاء الأطفال ديسلكز مما يدل على عجز جزئي لديهم في القدرة على قراءة وفهم ما يتم قراءته قراءة صامتة أو جهرية ومن الممكن أن يكون لديهم صعوبات خاصة في الجوانب النمائية (الانتباه، أو الذاكرة، أو الإدراك، أو التفكير، أو العجز اللغوي) والتي بدورها تتدخل في النجاح في عملية القراءة وفي هذه الحالات يجب علاج تلك الصعوبات خاصة تلك الجوانب النمائية المرتبطة بمهارة القراءة.

غرفة المصادر: Resource Room

إحدى البدائل التربوية التي تقدم من خلالها خدمات التربية الخاصة للطلبة الذين يعانون من صعوبات في التعلم أو مشكلات سلوكية بسيطة أو متوسطة بالإضافة إلى الأطفال المعوقين ممن يدرسون في الفصول العادية مع أقرانهم العاديين وهي غرفة تقع داخل المبنى المدرسي يستقبل فيها المدرس المتخصص في أوقات معينة عدداً من الأطفال تقدم لهم مجموعة من الخدمات مثل التشخيص والتدريس والتهيئة لظروف المدرسة والإرشاد وتطوير الوسائل التعليمية المناسبة لحاجات الطفل، وعليه فان الطفل يمكث في الفصل مع زملائه العاديين ممن هم في مثل عمره معظم اليوم الدراسي مما يزيل عنه كثيراً من الوصمة المتصلة بوجوده في مدرسة أو فصل للتربية الخاصة.

(S)

الانتباه الانتقائي: Selective Attention

قدرة الفرد على التركيز على المثيرات ذات الصلة المباشرة، وإهمال تلك المثيرات غير ذات الصلة والطلبة ذوي صعوبات التعلم يعانون من صعوبات شديدة في الانتباه للمثيرات

ذات الصلة بالموقف التعليمي مما يؤثر على تفاعلهم ويؤدي إلى تشتتهم أو انتباههم للمثيرات غير ذات الصلة.

صعوبات التسلسل: Sequential Disabilities

يشير التسلسل إلى تذكر ترتيب الأشياء فبعض الأطفال لا يستطيعون تنظيم وترتيب ما يسمعون أو يرون أو يفعلون فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين لا ينتبهون إلى موقع الكلمة في الجملة فإنهم لا يستطيعون استيعاب المعنى الذي قدم لهم لكي يستطيعوا التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب فعندما تقدم لهؤلاء الأطفال تعليمات تتطلب منهم القيام بثلاثة أشياء فربما لا يستجيبون لها بشكل متسلسل ويدل ذلك بمجمله على وجود مشكلة لديهم هؤلاء الأطفال في إتباع التعليمات والتوجيهات وقد يعاني بعض الأطفال من صعوبات في تتبع المثيرات البصرية المكانية مما قد يسبب لهم مشكلات في تعلم العمليات الحسابية والكتابة والمهارات الحركية واستخدام الأدوات والأجهزة.

التباعد الشديد: Severe Discrepancy

يشير إلى فرق واضح بين مستوى انجاز الطفل الحالي في التحصيل المدرسي وبين قدراته العقلية،ومعظم تعاريف صعوبات التعلم تأخذ بدرجة التباعد التي يقل فيها الأداء المدرسي بمقدار 50٪ أو أكثر عن مستوى القدرات العقلية، ويعتبر هذا المحك أحد المحكات الرئيسية المعتمدة إضافة إلى محكات أخرى في الحكم على وجود صعوبات تعلم لدى فرد ما.

صعوبات الذاكرة قصيرة المدى: Short-Term Memory Disabilities

يعاني بعض الأطفال ممن لديهم صعوبة في التعلم من صعوبة في تذكر ما شاهدوه أو سمعوه بعد فاصل زمني لعدة ثوان، أو دقائق أو ساعات قليلة، ويعتبر ذلك مشكلة في الذاكرة قصيرة المدى.

طريقة التدريب على المهارات: Skills Training

الطريقة الرئيسية الأخرى في الاتجاه النفسي التربوي في العمل مع ذوي صعوبات التعلم وتركز هذه الطريقة على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصورا أو عجزا وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن العجز أو القصور في أداء المهارات لايعود إلى خلل في العمليات الإدراكية وإنما إلى الحرمان من فرص التعليم الملائمة وتشتمل هذه الطريقة على الإجراءات الأساسية الآتية: التحديد الإجرائي الدقيق للسلوك المطلوب

تعليمه، وتحديد المهمة التعليمية والتعليم المباشر على المهمة والتقييم المستمر لمعرفة درجة إتقان التلميذ للمهمة.

الصعوبات الخاصة بالقراءة: Specific Reading Disabilities

يعتبر موضوع القراءة من أكثر الموضوعات التي تتضمنها البرامج المدرسية فعادة ما يبدأ الأطفال القراءة في الصف الأول الابتدائي أو ما قبل ذلك ومن ثم يستمر اعتمادهم على القراءة خلال جميع حياتهم المدرسية ويعتبر الفشل في تعلم القراءة من أكثر المشكلات شيوعا لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

الصعوبات الخاصة بالكتابة: Specific Writing Disabilities

إن العجز في الكتابة قد يصبح معيقا للتعبير الكتابي ولتحقيق التقدم لاحقا قد يكون من المفيد تعلم الأطفال أولا كتابة الحروف والكلمات بدقة وبسرعة، وترتبط الصعوبات التي يواجهها الطفل في الكتابة بكثير من العوامل، فقد ظهرت مصادر كثيرة لهذه المشكلة حيث تم تصنيف هذه الصعوبات إلى مجموعتين كبيرتين الأولى: تتألف من الصعوبات التي تنتج عن التدريس الضعيف والبيئة غير المناسبة والتدريب الخاطئ والمجموعة الثانية: تتألف من العوامل الناشئة عن وجود مشكلة عند الطفل، مثل عجز الضبط الحركي وعجز الإدراك المكاني والبصري، والعجز في الذاكرة البصرية واستخدام اليد اليسرى في الكتابة.

(T)

صعوبات التمييز اللمسي: Tactile Discrimintion Disabilities

تقدم حاسة اللمس معلومات حول البيئة، حيث نجد أن الأطفال الذين يعانون صعوبة في هذه الحاسة ستكون لديهم صعوبة في أداء المهمات التي تحتاج إليها كاستخدام السكين، والشوكة، والملعقة، ومهارة الكتابة، ومهارة التقاط أو حمل الأشياء الصغيرة أو أداء أية مهمة تتطلب تناسقاً في استخدام الأصابع، ويعتبر التميز اللمسي هاماً في تعلم الطفل تجنب بعض الأشياء مثل الأشياء الحادة والنار أما الأطفال غير الحساسين للألم فإنهم لا يتعلمون تجنب السلوكيات الضارة وعادة ما يعانون من إصابات أكثر من الأطفال الآخرين.

السلوك المستهدف: Target Behavior

ذلك السلوك المحدد الذي يمكن وصفه وملاحظته وتعديله.

تحليل المهمة: Task Analysis

وصف وتحديد وتحليل الخطوات الفرعية المكونة لأية مهارة، ويتم التحليل في العادة بشكل منظم ومتسلسل بحيث يقود في محصلته النهائية إلى إتقان المهارة، ويستخدم أسلوب تحليل المهمة كأسلوب تقييمي وتدريبي في نفس الوقت بحيث يتم التعرف أولاً على الخطوات التي لا يستطيع إتقانها وتدريبه بعد ذلك عليها.

(V)

صعوبات التمييز البصري: Visual Discrimination Disabilities

قد يمتلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التمييز البصري حدة إبصار عادية ولكن قد تكون لديهم صعوبة في إدراك وتمييز الفرق بين مثيرين بصريين أو أكثر، وحين يفشل الأطفال في تمييز الخصائص المتعلقة بالحجم والشكل والمسافة والإدراك العميق وغيرها من التفصيلات المناسبة فقد تكون لديهم مشكلات في معرفة واستخدام الحروف والأعداد والكلمات في القراءة والحساب وقد تؤثر صعوبة التمييز بين المثيرات البصرية على كتابة الطفل ورسوماته.

اضطرابات الذاكرة البصرية: Visual Memory Disorders

إن الأطفال الذين يفشلون في تذكر أشكال الحروف والكلمات بصرياً قد تكون لديهم صعوبة في تعلم الكتابة. وقد وجد بان عادة التخيل والتصور ترتبط بالعجز في الكتابة فقد يستطيع الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الذاكرة والكلام والقراءة والنسخ ولكنهم لا يستطيعون الاستدعاء أو إعادة إنتاج الحروف والكلمات من الذاكرة. إن اثر الذاكرة يمكن ملاحظته عند محاولة الطفل تشكيل وتسلسل الحروف التي سيتم تذكرها.

مراجع الفصل الرابع

المراجع العربية

- أبونيان،إبراهيم.(2001).صعوبات التعلم طرق التدريس والإستراتيجيات المعرفية. الرياض:أكاديمية التربية الخاصة.
- أحمد، السيد، و بدر، فائقة محمد.(2004). اضطراب ضعف الانتباه لدى الأطفال والنشاطالزائد. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- إلخطيب، جمال محمد.(1995).تعديل السلوك الإنساني.ط3.عمان.مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- إلخطيب، جمال محمد.(1997).المدخل إلى التربية إلخاصة.عمان:مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الأمام، محمد صالح.(2004).فاعلية التدعيم في علاج قصور الانتباه مع فرط النشاط لدى أطفال غرف المصادر بمدارس التعليم الأساسي بمدينة عمان: مجلة القراءة والمعرفة العدد32.ص129-158.
- البجة،عبد الفتاح حسن.(2000).أصول تدريس العربية بين النظرية والممارسة(المرحلة الدنيا). عمان:دار الفكر.
- البجة،عبد الفتاح حسن.(2005).أساليب تدريس مهارات اللغة العربية وآدابها. العين:دار الكتاب الجامعي.
- حافظ، نبيل.(2000).صعوبات التعلم والتدخل العلاجي.القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الحامد،جمال حامد.(2002).اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال. الرياض: أكاديمية التربية إلخاصة.
- الحقيل،سليمان عبد الرحمن.(1995). التعليم الابتدائي في المملكة العربية السعودية. ط3.الرياض:جامعة الأمام محمد بن سعود الإسلامية.

- خاطر،محمود رشدي والحمادي، يوسف.(1989).طرق تدريس اللغة العربية والتربية الدينية. ط4.القاهرة:دار المعرفة.
- الداهري، صالح محمد.(2005).سيكولوجية الأطفال الموهوبين.عمان:دار وائل للنشر.
- الروسان،فاروق.(1996).سيكولوجية الأطفال غير العاديين.عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.
- الروسان،فاروق.(2000).تعديل وبناء السلوك الإنساني.عمان:دار الفكر للطباعة والنشر.
- الزيات. فتحي. (1998).صعوبات التعلم الأسس النظرية والتشخيصية العلاجية. سلسلة علم النفس المعرفي.العدد(4).
- الزيات. فتحي.(2006). آليات التدريس العلاجي لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط."بحث مقدم في المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم: المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم.الرياض (19-22)نوفمبر2006م".
- سالم، علي.(2003).صعوبات التعلم التشخيص والعلاج.عمان: دار المسيرة.
- السر طاوي،زيدان. والسر طاوي، عبد العزيز. وخشان، أيمن.وأبوجودة، وائل.(2001). مدخل إلى صعوبات التعلم.الطبعة الأولى. الرياض. أكاديمية التربية الخاصة.
- السرطاوي، زيدان.(2006). تقييم صعوبات التعلم في القراءة."بحث مقدم في المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم: المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم.الرياض (19-22)نوفمبر2006م".
- السيد، السيد على. (2005).نظرية الذكاءات المتعددة وتطبيقاتها في مجالات صعوبات التعلم ورؤية مستقبلية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- السيد،عبد الحميد سليمان.(2003).صعوبات التعلم (تاريخها، مفهومها، تشخيصها، علاجها). القاهرة: دار الفكر العربي.
- شحاته،حسن.(1989).طرق تدريس اللغة العربية والتربية الدينية في ضوء الاتجاهات التربوية الحديثة.ط 4. كلية التربية.جامعة عين شمس.

- شيفر،شارلزومليمان،هوارد(2001) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها.ترجمة داود،نسيمة،وحمدي.نزيه. ط2.عمان:الجامعة الأردنية.(الكتاب الأصلي منشورعام 1989).
- الظاهر، قحطان أحمد. (2004). صعوبات التعلم. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الظاهر، قحطان أحمد.(2005).مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار وائل للنشروالتوزيع.
- عبد الباسط،متولي خضر (2005): التدريس العلاجي لصعوبات التعلم والتأخر الدراسي. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- عدس، محمد.(1998).صعوبات التعلم.الأردن:دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- القاسم، جمال.(2000).أساسيات صعوبات التعلم.ط1. عمان: دار صفاء للنشر.
- كيرك، صموئيل وكالفإنت،جميس.(1988).صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية.ترجمة السرطاوي، زيدان والسر طاوي، عبد العزيز. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- مكنمارا،باري.(1997).غرفة المصادر دليل معلم التربية الخاصة. ترجمة السرطاوي،زيدان و أبو نيان، إبراهيم.الرياض: جامعة الملك سعود.
- الوقفي، راضي.(1996). تقييم الصعوبات التعليمية. عمان:كلية الأمّيرة ثروت.
- الوقفي، راضي.(1996). مقدمة في صعوبات التعلم. عمان:كلية الأمّيرة ثروت.
- الوقفي،راضي والكيلاني،عبد الله زيد.(1996). اختبارات صعوبات التعلم ودليل تطبيق الاختبارات. عمان:كلية الأمّيرة ثروت.

المراجع الأجنبية

- Allinder, R.(2001).Improving fluency in at – risk readers and students with learning disabilities. Remedial & Special Education. 22, 1, 48-55.
- American Psychiatric Association (APA). (1994).Diagnostic and Statistical Manual For Mental Disorders. (4th)Edition (DSM-IV).Washington, DC.
- Bernice, Y.L. (1998). Learning about. Learning Disabilities. Second Edition. Canada: Simon Fraser University.Faculty of Education.
- Bryan, J. H. and Bryan, J. H. (1986). Understanding Learning Disabilities. (3rd Ed.) California: May Field Company.
- Bryan, T. (1997).Assessing The Personal Social Status Of. Students With Learning Disabilities.. Learning Disabilities Research & Practice. 12(1).63-76.
- Cecil, D.M., Chrlie.H, Annr.M.B, keith.L. &Susas, K.H. (1992).Students with Learning Disabilities. New York.Merrill of Macmillan Publishing Company.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (2000) Exceptional Children Introduction Special Education.Needham Heights, MA: Allyan and Bacon.
- Hallahan, D., Kauffman, J. &Lioyd, J. (1985).Introduction To Learning Disabilities. (2nd Ed). Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, NewJersey.
- Mercer, C.D. (1997).Students With Learning Disabilities. (5th ed). NewJersey. Prentice- Hall Inc.
- Robert, S.O. (1999).Persepectives On Learning Disabilities Biological, Cognitive, Cntextual.NewYork, Westview Press.
- Rooney, K.J., Hallahan, D.,&Wills,J.(2001).Self-recording of attention by learning disabled students in the regular classroom.Journal Of Learning Disabilities,17,6, 360-364

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

المقدمة
تعريف الإعاقة السمعية
نسبة انتشار الإعاقة السمعية
تصنيف الإعاقة السمعية
طرق التواصل مع المعوقين سمعياً
أثر الإعاقة السمعية على أوجه النمو لدى المعوقين سمعياً
رعاية المعوقين سمعيا في المملكة العربية السعودية
مراجع الفصل الخامس

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

Hearing Impairment

المقدمة

تعتبر الإعاقة السمعية من الإعاقات الأقل حدوثاً بمقارنتها مع غيرها من الإعاقات، إلا أنها ذات أثر كبير على الفرد المصاب بها وأسرته والمحيطين به، إذ تغيب هذه الإعاقة حاسة هامة إلا وهي حاسة السمع، حيث تمثل حاسة السمع وسيلة التواصل الأولى بين الناس، وغياب هذه الحاسة تجعل الإنسان يعيش في عالم خاص لا يشاركه فيه إلا من هو في نفس حالته .

إن الإعاقة السمعية لها تأثيرها الواضح على المصابين بها، بحيث تتطلب خدمات خاصة تقدم للأفراد من ذوي الإعاقة السمعية، وفي طليعة هذه الخدمات تدريبهم على التواصل وتنمية البقايا السمعية وذلك بإثارتها لتحافظ على مستواها ولتزداد حصيلة الفرد المعاق سمعياً من الحصيلة اللغوية .

كما يندرج تحت هذه الخدمات، خدمات الإرشاد والتوجيه للأفراد وذويهم، وتهدف هذه الخدمات مساعدة الفرد المعاق سمعياً وأسرته على التغلب على جميع المعيقات التي تواجه الفرد المعاق أو أسرته، ليستطيع فيما بعد التكيف مع إعاقته ولينمي قدراته إلى أقصى قدر مكن .

يهدف هذا الفصل إلى تقديم المعلومات الأساسية عن الإعاقة السمعية من حيث تعريفها وتصنيفها وخصائص الأفراد من ذوي الإعاقة السمعية، والتأثيرات التي تتركها هذه الإعاقة على مظاهر النمو المختلفة لدى الفرد، بالإضافة إلى أساليب التواصل التي يستخدمها هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة السمعية، والخدمات التربوية المقدمة لهذه الفئة في المملكة العربية السعودية .

تعريف الإعاقة السمعية

يعتمد تعريف الإعاقة السمعية على عملية التشخيص ، والذي يشتمل على قياس اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومستويات النطق والكلام وكذلك التقييم الوظيفي السلوكي ، والذي يرى أن الإعاقة السمعية هي تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه وتقلّل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة . إلا أن هذا التعريف عام وشامل يضم كل درجات وأنواع الإعاقة السمعية التي تختلف وتتباين فيما بينها تبعاً لدرجة القصور، أو نوعه، أو زمنه، أو سببه، أو حتى حالة سمع الوالدين .

وقبل الخوض في تعريفات الإعاقة السمعية، لا بد من الإشارة إلى أن مصطلح الإعاقة السمعية يضم فئتين ، ومن الضروري التمييز بينها للأغراض التربوية وهما:

- المعوق سمعياً "الأصم" .(Deaf)
- ضعيف السمع .(Hard of Hearing)

وهاتان الفئتان تضمان داخلهما :

أ. الصمم الخلقي: (Congenitally) ويوصف به الذين وُلدوا بالإعاقة السمعية .

ب. الصمم العارض أو المكتسب: (Adventitiously) ويوصف به الذين وُلدوا بحاسة سمع عادية ثم فقدوها في ظل أمراض أو حوادث .(Gregory,1999: 15)

ويفرق هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2006) في تعريفهما للإعاقة السمعية بين هاتين الفئتين من الناحية التربوية ؛ فيذكران أن المعوق سمعياً - الأصم- هو ذلك الشخص الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء استخدم في ذلك المعينات السمعية أو لم يستخدم أياً منها بالمرة . بينما أن الشخص ضعيف السمع هو ذلك الشخص الذي تظل لديه حال استخدام المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع.

ويتفق تعريف (القريطي، 2005) مع تعريف (Hallahan & Kauffman, 2006) التربوي ، فيذكر أن الإعاقة السمعية خلل وظيفي في عملية السمع نتيجة للأمراض أو لأي أسباب أخرى يمكن قياسها عن طريق أجهزة طبية، ولذلك فهي تعوق اكتساب اللغة بالطريقة العادية . وأن الأطفال الصم هم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في

أغراض الحياة العادية بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة، سواء من وُلد منهم فاقد السمع تماماً أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة، أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد القدرة على الكلام وتعلم اللغة . أما ثقيلو السمع فهم أولئك الذين لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها . (القريطى، 2005: 312).

وقد قسّم (الروسان،2006) تعريفه للإعاقة السمعية إلى قسمين الأول منهما : الطفل الأصم كلياً، وعرّفه بأنه 'الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، وكنتيجة لذلك لم يكتسب اللغة'، والقسم الثاني: الطفل الأصم جزئيا، 'وعرفه بأنه الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية' .

يقصر (الخطيب،2005) تعريفه للإعاقة السمعية على التعريف الوظيفي الذي يرى أن الإعاقة السمعية تعني انحرافا في السمع يحد القدرة على التواصل السمعي- اللفظي ، ويضيف أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند الفقدان السمعي ، و العمر عند اكتشاف هذا الفقدان السمعي، ومدى معالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع، وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية .(الخطيب،2005: 25).

في حين يتجه (الدماطي،2004) إلى منحى آخر مستخدماً نوعين من التعريفات لتعريف الإعاقة السمعية أحدهما كمي يهتم بمقدار الفقدان السمعي فيعرف الفقدان السمعي الممتدة درجاته ما بين 20 إلى 60 ديسبل بأنه ثقل في السمع يمكن لمن يعانون منه تعلم الكلام والاستفادة من المعينات السمعية، أما الفقدان السمعي الذي تتراوح درجاته من (60 ديسبل فأكثر) فأفراده يعدون صماً ولا يستطيعون اكتساب الكلام وتعلمه دون استخدام طرق ووسائل متخصصة . أما التعريف الآخر له فهو وظيفي يهتم بمدى تأثير القصور السمعي على فعاليات الفرد النفسية والتعليمية والاجتماعية والذي يفرق بين فئتين من المعوقين سمعياً : الفئة الأولى هم من لا يصلح سمعهم من الناحية العملية الوظيفية

لمباشرة الأنشطة التعليمية العادية أو تحقيق فعالية الفرد الاجتماعية في الحياة العامة، وهؤلاء يسمون صماً . أما الفئة الثانية : فهم من يعانون من قصور أو خلل في حاسة السمع بدرجة لا تعوق فعاليتها من الناحية العملية والوظيفية، خاصة إذا تم تقويتها بمعينات سمعية ملائمة وهؤلاء يسمون ثقيلي السمع.

ويتبنى موريس (Moores,2001) تعريف اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين في مجال الصم بالولايات المتحدة الأمريكية ، الذي يرى أن المعوق سمعياً هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة (70ديسبل فأكثر) تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها . أما ضعيف السمع فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة (35-69 ديسبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السماعات أو بدونها .

أما (الزريقات، 2003) فقد ذكر بأن المعوق سمعياً من الناحية الطبية بأنه هو ذلك الفرد الذي أصيب جهازه السمعي بتلف أو خلل عضوي لسبب ولادي أو مكتسب يمنعه من استخدام سمعه في الحياة العامة بشكل طبيعي كسائر الأفراد العاديين، وقد يكون هذا الخلل أصاب الأذن الخارجية أو الوسطى أو الأذن الداخلية، ويشير إلى أن الأصم هو الشخص الذي يعجز سمعه عند حد معين (70) ديسبيل (Decibel) على جهاز الأديوميتر في ترددات اللغة، بحيث يعجز عن فهم الكلام عن طريق الأذن وحدها، أي بدون استخدام معينات سمعية ولن يكتسب اللغة عن طريق القناة السمعية وحدها مهما كانت درجة تكبير الصوت المقدمة له بل لابد من اللجوء إلى القنوات الحسية الأخرى كالبصر، واللمس . أما ضعيف السمع فهو ذلك الشخص الذي فقد جزءاً من سمعه بمقدار فقدان في السمع (35 – 65 ديسبيل) ، وبالرغم من أن حاسة السمع لديه تؤدى وظيفتها ولكن بكفاءة أقل ويمكنه تعويضها بالمعينات السمعية وارتفاع شدة الصوت، بمعنى أنه مازال يستطيع فهم الكلام عن طريق الأذن ولكن بصعوبة ولا يحتاج إلى برامج تربوية خاصة للاستفادة من التعليم مع ضرورة استخدام المعينات السمعية، إذ بدونها يتحول ضعيف السمع إلى معاق سمعياً.

ويوضح (عبد الحي، 2001) أن الإعاقة السمعية مصطلح يعنى تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي تترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنتين معاً، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارات، وقد يكون القصور السمعي

جزئياً أو كلياً، شديداً أو متوسطاً أو ضعيفاً، وقد يكون مؤقتاً' أو دائماً، وقد يكون متزايداً أو متناقصاً أو مرحلياً ، أما عن مفهوم ضعيف السمع، فيذهب إلى أن الطفل ضعيف السمع هو الذي لديه تخلف في السمع، وعلى الرغم من تخلفه السمعي فإنه يمضي وفقاً للنمط العادي والذي يحتاج من أجل تربيته ترتيبات خاصة أو تسهيلات معينه على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي الصمم الكلي. (عبد الحي ، 2001)

نسبة انتشار الإعاقة السمعية

تتباين التقديرات الخاصة بنسبة شيوع الإعاقة السمعية بدرجة كبيرة نظرا لاعتمادها على عدة عوامل مثل التعريف المستخدم أولا'، والمجتمع الذي أخذت منه عينات الدراسات المختلفة ، وكذلك مدى دقة وملاءمة الاختبارات والمقاييس المعتمدة في قياس القدرة السمعية . (Hallahan & Kauffman, 2006: 536)

ويرى (القريوتي، وآخرون، 2001) أن الإعاقة السمعية تعد من الإعاقات قليلة الحدوث مقارنة بفئات الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية وصعوبات التعلم أو اضطرابات التواصل . ويشير (كوافحة ، وعبد العزيز،2003) إلى أن ما نسبته (5٪) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية ولكن الكثير منهم لا يحتاج إلى خدمات تربوية خاصة . في حين تقدر إحصاءات منظمة الصحة العالمية عدد المعوقين سمعياً في جميع أنحاء العالم بحوالي (150) مليون شخص أي بنسبة (2.5٪) (إمام، 2000 :3) ، وأن حوالي ثلاثة أطفال من بين أربعة آلاف طفل في سن المدرسة يعانون من الصمم ، وأن طفلا واحداً من بين ألفي طفل في سن المدرسة يعاني من ضعف في السمع. (الشمري،2003: 106)

وهكذا يمكن القول إننا إذا وضعنا هذه الأرقام وتلك الإحصائيات في اعتبارنا ونحن نقدر نسبة انتشار الإعاقة السمعية في الوطن العربي، فإن ذلك معناه وجود أكثر من ثلاثة عشر مليون ونصف المليون شخص من المعوقين سمعياً بقسميها ضعف السمع والصمم. (سليمان ، والببلاوي،2005: 48)

أما في المملكة العربية السعودية فقد بدأت الأبحاث الخاصة بالإعاقة السمعية في التسعينات الميلادية من القرن العشرين بمنطقة القصيم ، ومن الدراسات الأولى في هذا المجال دراسة السكيت ورفاقه التي أجريت عام (1993) بهدف دراسة حجم الإعاقة ، وقد أظهرت هذه الدراسة أن نسبة الإعاقة السمعية كانت (0,8٪) . (الشمري،2003: 107)

وكذلك الدراسة التي قام بها سراج زقزوق في العام (1990) ، وشملت الرضع حتى اثنتي عشر سنة من سكان مدينة الرياض ، وتبين أن ما نسبته (7.7 ٪) لديهم إعاقة سمعية، وأن (19.5٪) معرضون لخطر الإصابة بالإعاقة السمعية (عبد الجواد، 2000 : 3) ، ثم توالت الأبحاث بعد ذلك لتشمل مناطق المملكة برؤية أشمل. وأهم الدراسات هي:

الدراسة التي قام بها المشروع الوطني لأبحاث الإعاقة والتأهيل وإعادة التأهيل داخل المجتمع على مدى خمس سنوات (1992- 1997) بهدف تحديد الإعاقات الموجودة في المملكة العربية السعودية نوعاً وكماً واستحداث قاعدة معلومات تساعد في التخطيط للخدمات اللازمة للمعوقين. وقد درس المشروع الوطني عددا من الإعاقات هي: الإعاقة الجسدية، والبصرية، والنطقية، والسمعية، والذهنية العقلية، والإعاقة النفسية والاجتماعية ، وقد شملت العينة الأعمار من ثلاث سنوات إلى ما فوق الستين سنة ، وطبقاً لنتائج هذه الدراسة تأتي الإعاقة السمعية في الدرجة الرابعة بين الإعاقات في المملكة العربية السعودية من حيث النسبة فهي تمثل (10.7٪) من مجمل العينة أي (519) فرداً من العينة الكلية (78130) فرداً. وقد توزعت حسب مكان الإقامة إلى (36.9٪) في المناطق الحضرية، (63.1٪) في المناطق الريفية . ونسبة الذكور إلى الإناث في الإعاقة السمعية هي (53.6٪- 46.4٪)، ويحتل كبار السن أكبر من ستين عاماً الشريحة الأكبر من الإعاقة السمعية (39.6٪) ثم تتوزع باقي النسبة على فئات الأعمار الأخرى . وتأتي المنطقة الجنوبية كأكبر نسبة من الإعاقات السمعية في مناطق المملكة (31.4٪) . بينما تحتل المنطقة الشرقية أصغر نسبة من هذه الإعاقة (7.7٪). (الطريقي، 1997 :108).

أما في الدراسة التي أجرتها مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية (1998) وقامت بها مجموعة من الباحثين المهتمين بمجال الإعاقة السمعية ، فقد تم بحث مظاهر ومسببات الإعاقة السمعية من حيث دراسة الأسباب الوراثية وإجراء التحاليل المخبرية ودراسة أمراض فترة الحمل والولادة وما بعدها من أمراض ومسببات للإعاقة السمعية، وأمراض الأذن الوسطى. وقد شملت العينة (9540) فردا وجد أن منهم (1241) أي ما نسبته (13٪) لديهم إعاقة سمعية، (37٪) بنين و(42٪) بنات، و(782) من أفراد العينة أي ما نسبته (8٪) معرضين للإعاقة السمعية . ومما تجدر الإشارة إليه أن من بين الألف والمائتين والواحد والأربعين الذين لديهم إعاقة سمعية (2.6٪) إعاقاتهم السمعية حسية عصبية، وهذه النسبة هي التي تعنينا في المقام الأول لما تحتاجه من رعاية خاصة من معينات سمعية وتأهيل وتعليم، أما النسبة المتبقية (10.4٪) فهي قابلة للعلاج الدوائي والجراحي (عبد الجواد، 2000: 3).

أما الدراسة الميدانية التي أجريت على مستوى المملكة ضمن البحث الوطني لدراسة الإعاقة لدى الأطفال بالمملكة العربية السعودية والذي تم تنفيذه خلال الفترة من 1417هـ إلى 1420هـ، بهدف معرفة حجم الإعاقة لدى الأطفال بالمملكة . وشمل مجتمع الدراسة (60630) طفلاً من الأطفال السعوديين دون سن السادسة عشرة من مختلف أنحاء المملكة العربية السعودية، وتم استخدام المنهج المسحي ، وقد بلغ عدد الأطفال المعوقين (3838) طفلاً من مجمل أطفال الدراسة بنسبة عامة تبلغ (33. 6 ٪) ، وبلغ عدد المصابين بالإعاقة السمعية (586) إعاقة أي ما يمثل نسبة (8.4٪) من نسبة المعوقين ، وبنسبة (1.5٪) حسب العدد الكلي لأطفال الدراسة . (الحازمي، 2004 : 3) .

وبنظرة متفحصة لهذه الدراسات نجد أن هناك اختلافا واضحا في نتائجهما يمكن إرجاعه إلى عدة أسباب منها:

- اختلاف مكان إجراء الدراسة .
- اختلاف أدوات الدراسة وطريقة استخدامها .
- اختلاف أعمار المفحوصين من بحث إلى آخر .
- اختلاف أهداف الدراسة .
- اختلاف الخلفية النظرية والعملية للباحث .

تصنيف الإعاقة السمعية

يوجد في مجال الإعاقة السمعية عدد غير محدد من التصنيفات التي تختلف عن بعضها باختلاف الأساس الذي يقوم عليه كل تصنيف منها، حيث يرتبط كل واحد منها بنطاق معين تبذل في إطاره الجهود لمساعدة المعوقين سمعياً . ويمكننا أن ننظر في هذا الصدد إلى أنواع التصنيف التالية :

1. التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية .
2. التصنيف حسب موقع الإصابة "التصنيف الطبي" .
3. التصنيف حسب درجة الفقدان السمعي .
4. التصنيف التربوي .
5. التصنيف حسب نبرة الصوت.

أولاً: التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية

يعد تحديد العمر الذي أُصيب فيه الطفل بالإعاقة السمعية من المتغيرات الهامة في تحديد الآثار الناجمة عن الإعاقة السمعية، وكذلك في تحديد طرق التواصل المستخدمة في الخدمات التربوية المقدمة . ونظراً لتأثير العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية ، فإنه يمكن أن تصنف على ضوئه إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وإعاقة سمعية بعد اللغة .

أ. **الإعاقة السمعية ما قبل اللغة: (Pre lingual Deafness)**

ويسمى كذلك 'صمم ما قبل اكتساب اللغة أو الصمم الولادي'، وهو يشير إلى حالات الإعاقة السمعية التي تحدث منذ الولادة أو في مرحلة عمرية سابقة على اكتساب و تطور اللغة والكلام عند الطفل، أي قبل سن الثالثة ، ويشكلون ما نسبته 95٪ من الأفراد الصم (الزريقات،2003: 50)، وتكمن المشكلة هنا في أن الطفل لا يستطيع اكتساب اللغة والكلام بطريقة طبيعية وبالتالي يجد صعوبة في إنتاج اللغة واستخدام الكلام كطريقة للتواصل ؛ لذلك فهو يحتاج إلى تعلم اللغة بصرياً، وغالباً ما يستخدم أساليب التواصل اليدوية . (الخطيب، 2005: 27)

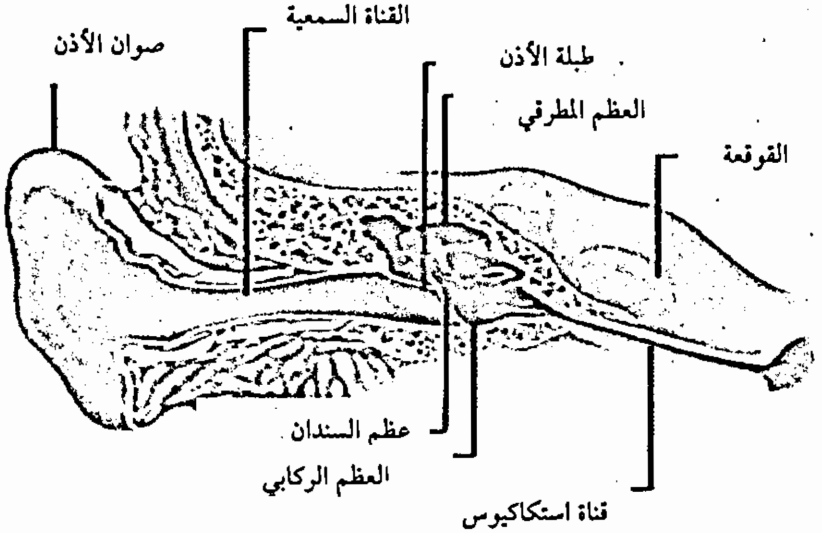
ب. **الإعاقة السمعية ما بعد اللغة: (Post lingual Deafness)**

ويشير (صمم ما بعد اكتساب اللغة) إلى حالات الإعاقة السمعية التي تحدث بعد تطور مهارات الكلام واللغة حيث يكون الطفل قد اكتسب اللغة أي بعد سن الخامسة وقد تحدث فجأة أو تدريجيا على مدى فترة زمنية طويلة (الروسان،2006: 241) . ويستطيع المصاب المحافظة على هذه المهارات اللغوية أو تقويتها إذا توفرت لديه الرعاية التربوية المناسبة، إلا أن هذه المهارات اللغوية والكلامية قد تتدهور بسبب عدم قدرته على سماع مستوى كلامه (عبيد،2000: 15) . وهؤلاء الأفراد قادرون على إنتاج اللغة نظراً لاكتسابها قبل الإصابة بالصمم ، مع ضرورة توفير المعينات السمعية (أي السماعات الطبية) حتى تتم عملية التواصل بشكل فعال وغالباً ما يُعمل على تنمية أساليب التواصل الشفهية لديهم (الخطيب،2005: 28).

ثانياً: التصنيف الطبي حسب موقع الإصابة

يتعلق التصنيف الطبي للإعاقة السمعية بالعجز والتلف السمعي نتيجة لسبب عضوي ولادي أو مكتسب، فهو ذو علاقة بفسيولوجيا السمع ويعد من ضمن الاختصاص الطبي الذي يقوم على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي المسبب للإعاقة السمعية ، والشكل

رقم (1) يوضح أجزاء الأذن كاملة. وتصنف الإعاقة السمعية تبعاً لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى الآتي :



شكل (1) يوضح أجزاء الأذن (الروسان،2006).

أ. الإعاقة السمعية التوصيلية: Conductive Hearing Loss

تنتج الإعاقة السمعية التوصيلية عن اضطراب أو إصابة في الأذن الخارجية أو الوسطى (الصيوان، وقناة الأذن الخارجية، وغشاء الطبلة، والعظيمات الثلاث) يمنع أو يحدّ من نقل الموجات أو الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية ومن ثم عدم وصولها إلى المخ ، وتؤدي بالتالي إلى ضعف سمعي بسيط (القريطي،2005: 139) . ويلاحظ أن الأشخاص الذين لديهم هذا النوع من الإعاقة السمعية يتمتعون بمقدرة جيدة على تمييز الأصوات العالية نسبياً، ويميلون إلى التكلم بصوت منخفض لأنهم يسمعون أصواتهم جيداً حيث لا يتجاوز الفقدان السمعي لديهم (60 ديسبل) ، ويتميز هذا النوع من الإعاقة السمعية بتقدم أساليب علاجه سواء الجراحية أو غير الجراحية. (الخطيب،2005: 29).

ب. الإعاقة السمعية الحسية العصبية: (Sensorineural Hearing Loss)

تحدث الإعاقة السمعية الحس عصبية من اضطراب أو تلف في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية مهما بلغت شدتها، أو وصولها محرفة (القريوتي وآخرون،2001: 141) ، كما أن فرص العلاج تكون أقل ، ولابد للمصاب بهذا النوع من الإعاقة السمعية من استخدام المعينات السمعية، كما يحتاج إلى تدخل تربوي مكثف خاصة في تنمية مهارات التواصل لديه (الدماطي،2004: 25).

ج. الإعاقة السمعية المركزية: (Central Hearing Loss)

تكون الإعاقة السمعية مركزية في حالة وجود خلل أو اضطراب يحول دون وصول الصوت من الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية في الدماغ ، وفي هذا النوع أيضاً تكون المعالجات الطبية والمعينات السمعية ذات فائدة محدودة . (كوافحة ، وعبد العزيز،2003: 18)

د. الإعاقة السمعية المختلطة: (Mixed Hearing Loss)

تجمع الإعاقة السمعية المختلطة بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة الحسية العصبية في الوقت نفسه ويصعب علاج مثل هذا النوع من الإعاقة السمعية نظراً لتداخل أسبابه وأعراضه . (الخطيب،2005: 32)

ثالثاً : التصنيف حسب درجة الفقدان السمعي

تصنف الإعاقة السمعية في ضوء درجة الفقدان السمعي كدلالة على القدرة على سمع وفهم الكلام والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي يستقبل عندها المفحوص الصوت ، وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوع ودرجة الإعاقة السمعية . وفي هذا النوع من التصنيف يستخدم مصطلح الوحدات الصوتية الديسبل (Decibels) والذي يرمز له بـ (DB)، ومصطلح الهيرتز (Hertz) وهو ترددات الصوت لقياس حساسية الأذن للصوت (اللقاني والقرشي،1999: 42).

وقد أورد هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman,2006) التصنيف الذي أخذت به اللجان المختصة لتطوير خدمات المعوقين سمعياً في الولايات المتحدة الأمريكية . والجدول رقم (1) يوضح توزيع ذوي الصعوبات السمعية إلى فئات تبعاً لدرجة الفقدان

السمعي وفق معايير المنظمة العالمية، كما يبين العلاقة المتوقعة بين درجة الفقدان السمعي والقدرة على سمع وفهم الكلام.

جدول رقم (1) العلاقة بين درجة الفقدان السمعي مقاسه بالديسبل والقدرة على سماع الأصوات وفهم الكلام

درجة الفقدان	درجة الصعوبة	الأثر المتوقع على سماع الأصوات وفهم الكلام
25 - 40	بسيطة جداً (Slight)	يعاني الفرد من صعوبة في سماع الأصوات الخافتة أو فهم الحديث العادي من مسافات بعيدة ، وعلى هذا الأساس يجد الطفل أنه من الصعب عليه متابعة المناقشات التي تتم داخل الصف.
41- 55	بسيطة (Mild)	يمكن للمصاب أن يسمع الكلام والمحادثة وجهاً لوجه عن مسافة قريبة جداً منه ، ويفقد التلميذ المصاب حوالي (50٪) مما يدور في المناقشة الصفية إذا لم تتم بصوت مرتفع نسبياً أو لم يتسن له متابعتها بصرياً وعن قرب، وفي العادة يكون المحصول اللغوي للتلميذ ضعيفاً . ويطلق عليهم ضعيفو السمع، لديهم صعوبات في السمع لكنهم قادرون على التعلم في المدارس العادية باستخدام المعينات السمعية.
56- 70	ملحوظة (Marked)	يستطيع المصاب أن يسمع الأصوات المرتفعة جداً فقط ، ويواجهه صعوبة كبيرة في متابعة وفهم الحديث الذي يتم بين مجموعة لذا يجب أن تتم المحادثة بصوت مرتفع حتى يمكن سماعها، كما يعاني التلميذ المصاب من صعوبات في النطق والاستيعاب اللفظي، أما مفرداته فمحدودة جداً.
71 - 90	شديدة (Severe)	رغم أن المصاب قد يسمع الأصوات المرتفعة جداً والتي لا تبعد أكثر من قدم واحد عن أذنه ، إلا أنه لا يتمكن من إدراك العديد من الأصوات والكلمات، في حين يواجه صعوبات واضحة في النطق والكلام ، ويكون لديه مشاكل في التواصل وتعلم اللغة ويحتاج لخدمات تربوية متخصصة.
90- فما فوق	حادة (Extreme)	قد يسمع الفرد المصاب بعض الأصوات المرتفعة جداً، ويحس باهتزازات الصوت لكنه لا يسمعه في معظم الأحيان ، وبالتالي يعد الإبصار هو الوسيلة الأساسية بدلاً من السمع للتواصل مع الآخرين ، وبالنسبة للكلمات التي قد يصدرها فإنه من الصعب فهمها . وهو بحاجة لخدمات تربوية متخصصة.

(Hallahan & Kauffman, 2006:547) – (القريوتي ، وآخرون،2001: 321)

رابعاً: التصنيف التربوي

يُعنى التصنيف التربوي بالربط بين درجة الفقدان السمعي وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه، وعلى نمو المهارات الكلامية واللغوية لدى الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة . ويصنف التربويون الإعاقة السمعية إلى فئتين هما الصم وثقيلو السمع :

أ. الصم : (Deaf)

وهم الذين يعانون من فقدان سمعي (70 ديسبل فأكثر) لا يُمَكِنُهم – من الناحية الوظيفية – من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع، وبالتالي يعجزون عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية، ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات ذات طبيعة خاصة.(القريطي،2005: 142)

ب. ثقيلو السمع: (Hard of Hearing)

وهم الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حاسة السمع يتراوح ما بين (30 وأقل من 70 ديسبل)، ويمكنهم الاستفادة من المعلومات المنقولة في صورة لغة منطوقة وذلك باستخدام المعينات السمعية المناسبة لحالة السمع المتبقي لديهم، ومعظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة للأطفال العاديين . (الدماطي،2004: 52) .

خامساً : التصنيف تبعاً لطبقة ونبرة الصوت

ويشير مورثان وآخرون (Morethan et al. :1980) إلى أن هناك بعض الأفراد الذين يستطيعون سماع الأصوات الخافتة – الهمس – (Deep Voices) بشرط ألا تكون ذات طبقة عالية (Higher Pitch) ، والقياس المستخدم هنا هو تردد الصوت (Frequency) ويتم التعبير عنه من خلال عدد الترددات في الثانية ، أو وحدات الهرتز(Hertz Units) ، والشخص الذي لا يستطيع سماع النبرات العالية (ذات التردد المرتفع) يعتبر معاقاً سمعياً. ومثل ذلك سيواجه مشكلات في استقبال وفهم الأصوات المتماثلة أو الحروف الساكنة، وكذلك فإن الشخص الذي لا يستطيع سماع الأصوات منخفضة التردد سيواجه صعوبة في تمييز الأصوات.(Moores, 2001:61) .

طرق التواصل مع المعوقين سمعياً

تحتاج تربية المعوقين سمعياً وتعليمهم وتأهيلهم إلى طرق تواصل تتلاءم مع درجة ونوع إعاقتهم، وذلك لتمكنهم من التعبير عن أنفسهم والتفاعل مع الآخرين ، والاندماج في الحياة الاجتماعية . ومن جانب آخر يعد المعوقون سمعياً من أوائل ذوي الاحتياجات الخاصة الذين قدمت لهم الخدمات التربوية والتأهيلية، ففي القرن الثامن عشر الميلادي سادت في أوروبا مدرستان فكريتان في تعليم التواصل للصم، المدرسة الأولى كانت تركز على استخدام لغة الإشارة، أما المدرسة الثانية فكانت تؤكد على ضرورة استخدام الطريقة الشفهية والكلام في تعليم المعوقين سمعياً (Moorse, 2001: 87) .ومنذ ذلك الحين والجدل والمناظرات مستمرة حول استخدام التواصل الشفهي أو استخدام التواصل اليدوي، ولكل حزب دفاعاته ومبرراته .

وفي ظل الاتجاهات الحديثة وتطور ميدان التربية الخاصة للمعوقين سمعياً، نستطيع أن نحصر طرق التواصل المستخدمة في تربية وتعليم المعوقين سمعياً تحت عناوين ثلاثة . هي :

- التواصل الشفهي .
- التواصل اليدوي .
- التواصل الكلي .

أولاً : التواصل الشفهي (Oral Communication)

تؤكد طريقة التواصل الشفهية على أن التواصل اللفظي أو الشفوي والذي يمثل الكلام فيه قناة التواصل الرئيسية يجعل المعوقين سمعياً أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة، وذلك من خلال طريقتين هما :

أ. **التدريب السمعي: (Auditory Training)**

يشتمل التدريب السمعي على تدريب الطفل المعوق سمعياً على توظيف كل ما يملكه من قدرات سمعية ، وهي عملية تهدف إلى الاستفادة من بقايا السمع لدى الطفل المعوق سمعياً وتدريبه على الاستماع إلى بعض الأصوات التي يمكن له التقاطها وأيضاً التدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة ، وكلما قلّت درجة الفقدان السمعي، كلما كانت عملية التدريب السمعي أفضل وأكثر فاعلية.

وتتحدد الأهداف الأساسية للتدريب السمعي بالآتي :

- تنمية وعي الطفل المعوق سمعياً للأصوات المحيطة به .
- تنمية القدرة على تمييز الأصوات .
- تنمية القدرة على التمييز بين الأصوات الكلامية المتباينة في الانخفاض والعلو. (عبد الحي ، 2001 : 31).

وهناك نوعان من المعينات السمعية التي تستعمل في تعليم وتدريب المعوقين سمعياً:

- المعينات السمعية الفردية: وهي أجهزة يمكن المعوق سمعياً لبسها والتحرك بها، وتتوفر بأشكال عديدة فمنها ما يوضع على الصدر أو خلف الأذن أو داخلها أو على النظارات.
- المعينات السمعية الجماعية : وهي التي تستخدم في الأوضاع التعليمية التدريبية في المدارس أو الفصول الخاصة بالمعوقين سمعياً حيث يمكن تزويد مجموعة من الأطفال في وقت واحد بصوت مكبر .

وفي هذا الصدد لاحظ (دبابنة، 1996) أن استخدام هذين النوعين من المعينات السمعية معاً يعطي نتائج أفضل من استعمال نوع واحد جماعي أو فردي .

ب. قراءة الكلام (Speech Reading)

تتضمن قراءة الكلام أو قراءة الشفاه (Lip Reading) تعليم الأطفال المعوقين سمعيا استخدام واستغلال المعلومات البصرية لفهم ما يوجه إليهم من كلمات ، من خلال تنمية قدرة ومهارة الفرد على قراءة ومعرفة أفكار المتكلم بملاحظة الفم والإيماءات التي تمثل دلائل إشارية مرسومة على وجه المتحدث، والتي تساعد على فك رموز الكلام . (Hallahan & Kaufman, 2006:558) وتعرف أيضاً بأنها القدرة على فهم أفكار المتكلم بملاحظة حركات الوجه والجسد، ومن خلال المعلومات المستمدة من الموقف وطبيعة الكلام (عبد الحي،2001: 263) .

ويصنف (اللقاني والقرشي،1999)، المشكلات التي تواجه قراءة الكلام إلى أربعة أنواع :

- مشكلات تتعلق بالمتكلم : مثل سرعة أو بطء حركات الشفاه والفك، وعدم وضوح تعبيرات الوجه ولغة الجسد المصاحبة لعملية الكلام .

- مشكلات تتعلق بالبيئة المحيطة : مثل عدم ملاءمة الإضاءة ،والمسافة بين المتكلم وقارئ الكلام.
- مشكلات تتعلق بطبيعة الكلام أو النطق : مثل وجود عدد من مخارج الحروف لا يتم رؤيتها على الشفاه، ووجود بعض الكلمات التي تتشابه في حركة الشفاه .
- مشكلات تتعلق بقارئ الكلام : مثل أن يعاني من مشكلات بصرية، وعدم التركيز مع المتكلم .

ثانياً : التواصل اليدوي (Manual Communication)

التواصل اليدوي نظام يعتمد على استخدام رموز يدوية لإيصال المعلومات للآخرين، وللتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات . ويشمل هذا النظام في التواصل استخدام طريقتين أساسيتين هما:

أ. **لغة الإشارة: (Sign Language)**

تعرف لغة الإشارة بأنها عبارة عن رموز مرئية إيمائية تستعمل بشكل منظم، وتتركب من اتحاد وتجميع بشكل اليد وحركتها مع بقية أجزاء الجسم التي تقوم بحركات معينة تماشياً مع الموقف. (الروسان،2002: 185) ،

وتعد لغة الإشارة أسهل الطرق لتمكين المعوق سمعياً من التواصل، والتعبير عن آرائه وأفكاره في ظل غياب اللغة اللفظية، بالإضافة إلى كونها بسيطة ومرنة وعالمية يشترك فيها أفراد الجنس البشري كله.

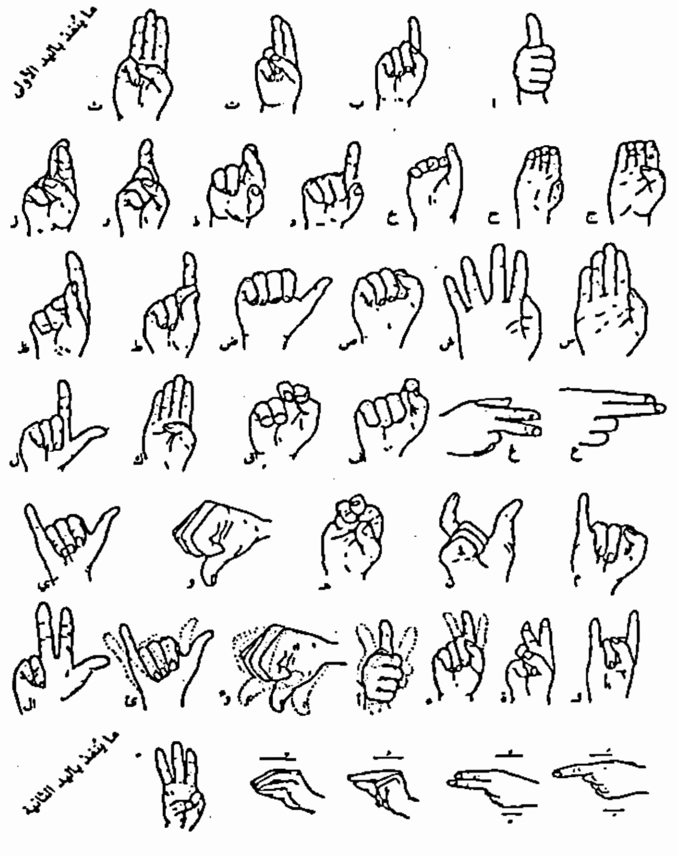
وتنقسم اللغة الإشارية إلى قسمين .

- الوصفية : وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة
- غير الوصفية: وهي الإشارات اليدوية التي لها دلالاتها الخاصة وتكون بمثابة لغة خاصة لدى الصم .

ويرى (عبد الحي، 2001) أن استعمال لغة الإشارة باستمرار يعمل على تكوين عادة ملاحظة حركة اليدين وبالتالي إغفال الوجه وتعبيراته، وأيضاً عادة الاعتماد على لغة الإشارة بشكل كامل وبالتالي إهمال توظيف البقايا السمعية، وتنمية قراءة الكلام واللغة الطبيعية .

ب. أبجدية الأصابع: (Finger spelling)

يعرف مورس (Moorse,2001) أبجدية الأصابع بأنها عملية استخدام اليدين في تهجئة الحروف المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً . ويتم التفاهم بين مستخدمي الأبجدية عن طريق حركات الأصابع وتهجئة الكلمات يدوياً بدل نطقها لفظياً . ويبين الشكل رقم (2) أبجدية الأصابع العربية التي أقرها الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم .

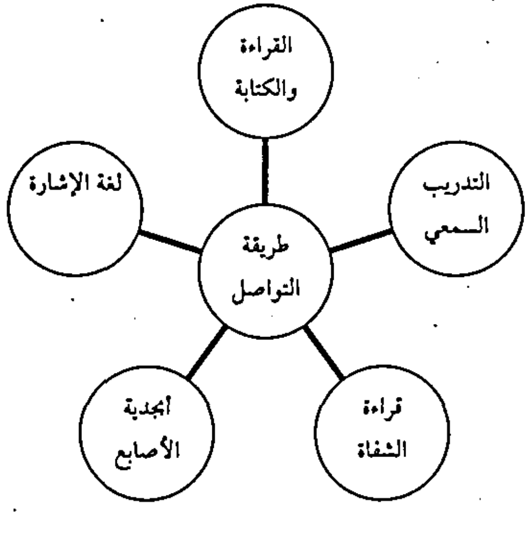


شكل (2) أبجدية الأصابع العربية (اللقاني والقرشي،1999)

إلا أنها كطريقة تواصل تعتمد على قراءة الأحرف والكلمات، وتشترك مع قراءة الكلام في عدد من المشاكل التي قد تعترضها . كما تحتاج إلى تعلم القراءة والكتابة أولاً، وتدريب ومران ثانياً .

ثالثاً: التواصل الكلي: (Total Communication)

التواصل الكلي هو الطريقة التي تسمح للتلاميذ المعوقين سمعياً استخدام كل الوسائل المتاحة في عملية التواصل، مثل لغة الإشارة وهجاء الأصابع وقراءة الكلام وتعبيرات الوجه، والقراءة والكتابة والرسم، مع استخدام المعينات السمعية (اللقاني والقرشي،1999: 37) . فالأطفال الذين يتقنون أبجدية الأصابع نتواصل معهم باللفظ مع أبجدية الأصابع، بينما نقرن اللفظ بالإشارة لمن يتقنونها ولا يتقنون سواها، وفي كل الحالات تستخدم حركات الجسم وتعبيرات الوجه لإضفاء مزيد من الإيضاح للأفكار والمفاهيم المراد التعبير عنها . والشكل رقم (3) يوضح طرق التواصل المختلفة التي تستخدم مع المعوقين سمعياً.



شكل (3) يوضح طرق التواصل الكلي

أثر الإعاقة السمعية على أوجه النمو لدى المعوقين سمعياً

تعد حاسة السمع واحدة من أهم الحواس التي يعتمد عليها الفرد في تفاعلاته مع الآخرين أثناء مواقف الحياة المختلفة نظرا لكونها بمثابة الاستقبال المفتوح لكل المثيرات والخبرات الخارجية، والتي من خلالها يستطيع الفرد التواصل مع الآخرين . ومن ثم فإن الإعاقة السمعية من أشد وأصعب الإعاقات الحسية التي تصيب الإنسان ؛ إذ يترتب عليها فقد القدرة على الكلام بجانب الصمم الكلي، ولذا يصعب على الأصم اكتساب اللغة

والكلام أو تعلم المهارات الحياتية المختلفة . وإن كانت الدراسات والبحوث قد اتفقت على وجود هذه التأثيرات عند المعوقين سمعياً بشكل عام، إلا أنها قد اتفقت أيضاً على أنها تتفاوت وتتباين باختلاف تأثيرات الإعاقة السمعية من طفل إلى آخر وفق عدة عوامل منها: نوع الإعاقة السمعية، شدتها، العمر عند حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها، ونوع الخدمات التربوية، وكذلك الرعاية الأسرية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والخدمات التعليمية المتاحة ، ويبدو تأثير الإعاقة السمعية في تأثير الخصائص النمائية المختلفة وفي وجود احتياجات خاصة بالطفل المعوق سمعيا. وفيما يلي موجز لصفات المعوقين سمعياً في ضوء تأثير الإعاقة السمعية:

أ. تأثير الإعاقة السمعية على الذكاء والقدرات العقلية (المعرفية)

لا يزال الجدل قائما بين الباحثين حول أثر الإعاقة السمعية على الذكاء والنمو العقلي المعرفي، فمن يعتقد أن الذكاء والنمو العقلي لا يعتمدان على اللغة بالضرورة يؤكد أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعيا ، بينما يعتقد الآخرون ممن يرون أن الذكاء والنمو العقلي يعتمدان على اللغة أن الإعاقة السمعية تؤثر على النمو العقلي المعرفي .

في حين تشير بحوث عديدة إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص عاديي السمع، وأن المعوقين سمعيا لديهم القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكونوا يعانون من تلف دماغي مرافق للإعاقة (الخطيب، 2005، 103)، فقد كشفت البحوث المبكرة التي استخدمت اختبارات ذكاء لفظية عن وجود فروق في مستوى الذكاء بين المعوقين سمعياً وعاديي السمع، لصالح عادي السمع (القريطي، 2005 : 155) ، وواجهت هذه البحوث انتقادات بسبب تحيز اختبارات الذكاء اللفظية ضد المعوقين سمعيا ، إذ أن الاختبارات اللفظية تعد غير ملائمة لقياس ذكاء المعوقين سمعياً بسبب افتقارهم إلى اللغة ؛ ومن ثم لا يمكن الأخذ بنتائجها بشكل مطلق ونهائي .

ويذكر موريس (Moores,2001) أن الأطفال المعوقين سمعياً لا يعانون من أية قصور في الذكاء، فلا أدلة تؤكد على أن نموهم المعرفي ونمو الذكاء لديهم يكون أقل من الأطفال السامعين. فالأطفال المعوقون سمعياً يقومون بوظائفهم المعرفية ضمن معاملات الذكاء العادية، ويظهرون نفس التباين في امتلاك القدرات العقلية كما هي موجودة لدى

الأطفال العاديين في سمعهم . وهكذا يمكن عزو الضعف في النمو العقلي (المعرفي) لدى الأطفال المعوقين سمعياً إلى محدودية الخبرات المادية والاجتماعية واللغوية . ويضيف (الروسان،2006) أن الفروق في الأداء بين ذوي الإعاقة السمعية وعادي السمع يعود إلى قصور واضح في اختبارات الذكاء، وخاصة اختبارات الذكاء اللفظية المقدمة لذوي الإعاقة السمعية لا إلى قدراتهم العقلية، مما يعني أن اختبارات الذكاء بوضعها الحالي لا تقيس قدراتهم الحقيقية إلا إذا صممت بطريقة مقننة ومناسبة لدرجة إعاقتهم ، ولذا فإن الدرجات التي يحصل عليها الأطفال الصم تأتي منخفضة إذا كانت هذه الاختبارات تستلزم مهارة الطفل في الكلام أو قراءة الشفاه.

أما القدرات العقلية المعرفية الأخرى من ذاكرة وإدراك وتفكير فيذكر هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kaufman, 2006) أن الدراسات التي تناولتها على مدى طويل دلت على تشابه وتماثل هذه القدرات بين المعوقين سمعياً وعادي السمع، إلا أن هذه الدراسات تعود وتذكر أن القصور في النمو اللغوي عند المعوقين سمعياً قد سبب بطء هذه القدرات المعرفية بعض الشيء عنها عند عادي السمع .

فالأطفال ذوي الإعاقة السمعية لا يختلفون اختلافاً جوهرياً عن الأطفال عادي السمع ، فهم قادرون على الانخراط في السلوك المعرفي ولكن ينبغي إكسابهم خبرات لغوية اكبر ، حيث إنهم إذا اكتسبوا هذه الخبرات فسوف يكشفون عن فاعلية ذهنية كالتي يتصف بها الأطفال عادي السمع. (سليمان، و الببلاوي، 2005: 182)

ويذكر (النوبي،2005) أن اختبارات الذكاء تؤكد أن معظم الأطفال الصم لديهم قدرات عقلية تساوي أو تفوق الأطفال عادي السمع ، وأن استجابات الطفل الأصم لاختبارات الذكاء - والتي تتفق مع نوع إعاقته - لا تختلف عن استجابات الطفل عادي السمع ، كما أن الصم لديهم جوهرياً نفس التوزيع العام في الذكاء مثل الأطفال السامعين، فلا توجد علاقة مباشرة بين الفقدان السمعي والذكاء خاصة وأن الإصابة بالإعاقة السمعية لا تتضمن بالضرورة القصور العقلي، فالإعاقة في الكلام لا تعني إعاقة في القدرات المعرفية، وهناك رأي آخر يري عدم وجود علاقة في القدرة على التفكير المجرد في علاقة اللغة بالعمليات الفكرية بين الأطفال الصم والسامعين.

ب. تأثير الإعاقة السمعية على النمو اللغوي

يعد النمو اللغوي في جميع جوانبه من أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، و ويشير مصطلح الطفل الأصم الأبكم (The Deaf- mute child) إلى ارتباط ظاهرة الصمم بالبكم، إذ يؤدي الصمم بشكل مباشر إلي حالة البكم (Muteness) وخاصة لدى ذوى الإعاقة السمعية الشديدة، وذلك يعني أن هناك علاقة طردية واضحة بين درجة الإعاقة السمعية من جهة ومظاهر النمو اللغوي من جهة أخرى . فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت معها المشكلات اللغوية لدى الفرد .

ويعد العمر الذي بدأت فيه الإصابة بالإعاقة السمعية عاملاً هاماً في تحديد درجة التأخر في النمو اللفظي فالأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية ولادية يواجه نموهم اللغوي عجزاً واضحاً منذ الطفولة المبكرة ، بينما الأطفال المصابون بالفقدان السمعي بعد اكتساب اللغة (من عمر 3-4 سنوات) تكون عيوبهم اللغوية أقل من الأطفال المولودين بالإعاقة أو اللذين أصيبوا بها خلال الأشهر الأولى من أعمارهم. (القريوتي وآخرون، 2001: 156) .

ومن هنا يذكر (الزريقات، 2003) أن النمو اللغوي لدى الأطفال المعوقين سمعياً يتأثر بمدى التدريب المبكر ونوعه ، ووقت البدء باستخدام المعينات السمعية ، وكذلك مدى استثارة الذكاء والجوانب الانفعالية والبصرية ، بالإضافة إلى تأثير فقدان الدعم الأسري والثقافي والعمر الزمني عند التشخيص التدخل المبكر .

ويعيد هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2006) عدم قدرة الطفل المعوق سمعياً على اكتساب اللغة وتعلم الكلام إلى عدة عوامل من أهمها : عدم إمداد الطفل بتغذية راجعة سمعية مناسبة عندما ينطق ببعض الأصوات في مرحلة المناغاة أو مرحلة الطفولة المبكرة جداً ، وكذلك عدم إمداد الطفل بإثارة سمعية كافية، أو تعزيز وتشجيع لفظي مناسب، من قبل المحيطين بالطفل ، بالإضافة إلى عدم حصول الطفل على نموذج لغوي مناسب لكي يقوم بتقليده ومحاكاته بصورة ملائمة.

ج. تأثير الإعاقة السمعية على النمو النفسي والاجتماعي

رغم تباين تأثير الإعاقة السمعية من فرد لآخر إلا أنه لا يمكن إنكار حقيقة تأثيرها بشكل مباشر أو غير مباشر على البناء النفسي الكلي للإنسان، ففقدان السمع ليس هو الخسارة الوحيدة للفرد المعوق سمعيا بل ما تنتج عنه أضرار أكثر شدة من الصعوبة في

الاتصال فحين يشعر المعوق سمعيا بالعجز وقلة الحيلة في مواقف لا تشكل مشكلة بالنسبة لغيره فإنه قد يشعر بالتعاسة والخجل والإحباط مما يزعزع بناءه النفسي ويدفعه إلى إصدار أنماط من السلوك غير التوافقي . (الخطيب،2005: 91)

وقد حظيت جوانب النمو النفسي والاجتماعي لدى المعوقين سمعياً بنصيب وافر من الدراسات التي كشفت عن أن الأطفال المعوقين سمعياً أقل توافقاً نفسياً واجتماعياً ممن يسمعون، وأن من يتواصل منهم بالطريقة الشفوية أكثر توافقاً ممن يتواصلون يدوياً ،كما أن الذين ينتمون منهم إلى أسر ليس بها معوقون سمعياً آخرون أقل توافقاً من نظرائهم الذين توجد في أسرهم حالات إعاقة سمعية أخرى . (اللقاني والقرشي،1999: 111).

إلا أن معظم المشاكل النفسية والاجتماعية التي يعاني منها المعوقون سمعياً ليست ناتجة بصفة مباشرة عن فقدانهم لسمعهم بل تحدث نتيجة لمجموعة من الأنماط التفاعلية المعقدة، ولا تتكون أنماط التوافق لديهم نتيجة عوامل وراثية أو خلقية بل تحدث نتيجة عوامل بيئية (الدماطي،2004: 80).

وحيث إن التفاعل الاجتماعي يعتمد على اللغة، فإن المعوقين سمعياً يجدون أنفسهم في عزلة، الأمر الذي يدفعهم إلى أن يكوّنوا ما يعرف باسم (مجتمع الصم) كجماعة اجتماعية فرعية داخل المجتمع تقدم الأساس النفسي الاجتماعي للانتماء لديهم . كما أن التكيف الاجتماعي لديهم غير واضح المعالم ومن ثم فإن الطفل الأصم يميل إلى البعد عن الأشخاص عاديي السمع نتيجة لفقده الحس الاجتماعي الذي يقربه لهم، إلا أن الصم دون غيرهم من فئات الإعاقة يتميزون بالاختلاط اجتماعياً بأقرانهم الصم، لأنهم يعتبرون أنفسهم جماعه فرعية من المجتمع، مما يجعلهم جماعة متماسكة. (Hallahan & Kauffman, 2006:550)

د. تأثير الإعاقة السمعية على النمو الجسمي والحركي

لم يحظ النمو الجسمي لدى الأطفال المعوقين سمعيا باهتمام كبير من قبل الباحثين سواء في مجال دراسات الطفولة أو في ميدان التربية الخاصة ، ويعتقد بعض الباحثين أن هناك ارتباطاً ما بين تركيب وبناء الجسم من ناحية والتوافق من ناحية أخرى، ويفترضون أن مشكلات التواصل التي يعانيها المعوقون سمعياً تضع حواجز وعوائق أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يزود المعوق سمعياً باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الجسمي. (سليمان، والببلاوي، 2005: 197)

يذكر فالين ويومنسكي (Fallen & Umansky, 1985) أن المعوقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون بذات اللياقة البدنية التي يتمتع بها أقرانهم عاديو السمع، ويرجعان السبب إلى أن فقدان السمع لديهم يؤدي إلى حرمانهم من الحصول على التغذية السمعية الراجعة مما يؤثر سلباً على وضعهم في الفراغ وعلى حركات أجسامهم . كما أن نموهم الحركي يعتبر بطيئا قياساً بالعاديين و ذلك لأنهم لا يسمعون الحركة.(الخطيب،2005: 90)

كما أن الجهاز التنفسي للمعوقين سمعياً أقل مرونة واستجابة منه لدى ذوي السمع العادي، فهم أقل قدرة على تدفق وانتظام النفس والصوت نتيجة عدم تلقائية حركة الهواء في الجهاز السمعي وتعطل جهاز النطق لديهم .(الزريقات،2003: 181)

وتؤثر الإعاقة السمعية - وخاصة الصمم الكلي- على عملية التحكم الجسمي (توازن - تنسيق) ، وعلى مستوى التعبير الجسدي (حركات سريعة غير منسقة) ، وتظهر أيضاً لديهم صعوبات على مستوى التناسق البصري اليدوي يعود ذلك إلى أن مشكلة التوازن والتنسيق (خاصة التناسق البصري) تعد من أبرز المشاكل التي يعاني منها الأصم من الناحية النفسية الحركية .(البنيان،2001: 170)

٥. تأثير الإعاقة السمعية على التحصيل الدراسي

بما أن التعليم والتحصيل الدراسي في معظم المواد يعتمد على اللغة، فإن القصور في مجال اللغة لدى المعوقين سمعياً يؤثر على أدائهم في معظم مواد المنهج الدراسي.

وفي حين يذكر موريس (Moores,2001) أن أكثر من (30٪) من التلاميذ المعوقين سمعياً يعانون من صعوبات تعليمية ، نجد أن بالوك (Pallack, 1997) يشدد على أن تشخيص صعوبات التعلم لدى الأطفال المعوقين سمعياً عملية صعبة وتحتاج إلى مجهود نظراً لتأخر النمو اللغوي لديهم فلا يمكننا أن نجزم فيما إذا كان التأخر الدراسي ناشئ عن صعوبة السمع أو عن صعوبات تعليمية أخرى .

وتقرر (طه،2003) أن الطالب المعوق سمعيا يواجه تحديات بالغة في مستواه التعليمي نظرا لأن فلسفة تعليمه سمعيا لم تتضح بعد.

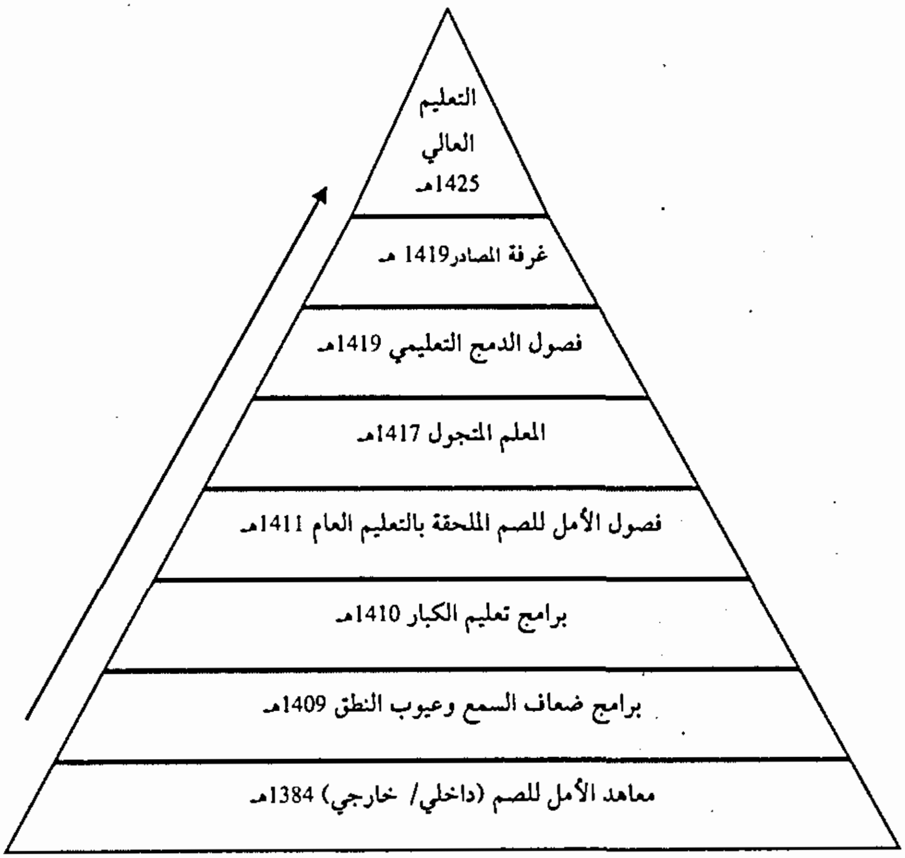
وبشكل عام تشير الدراسات إلى انخفاض المستوى العام للتحصيل الدراسي لدى المعوقين سمعياً مقارنة بنظرائهم العاديين، ويبلغ هذا الانخفاض أو التأخر من ثلاثة إلى خمسة أعوام دراسية، ويزداد هذا التأخر مع تقدم العمر الأمر الذي يشير إلى أن الأطفال المعوقين سمعيا الأكبر سنا كانوا أكثر تأخراً في التحصيل الدراسي (Hallahan & Kauffman,

2006:549) . وقد أجمعت تلك الدراسات على أن أكبر تأخر دراسي يكون في القراءة وفي المواد التي تعتمد على التفكير كفهم معاني الكلمات والفقرات وترتيبها، وأقل تأخراً يكون في الموضوعات التي تعتمد على المهارات الميكانيكية كالرياضيات والإملاء (التهجئة بالأصابع) (الدماطي،2004: 78- اللقاني والقرشي،1999: 103- عبد الفتاح.1996: 6دبابنة،1996: 280-).

ويتأثر أداء الأطفال المعوقين سمعيا بشكل سلبي في مجالات التحصيل الدراسي نتيجة تأخر نموهم اللغوي وتواضع قدراتهم اللغوية إضافة إلى تدني مستوى الدافعية لديهم وعدم ملائمة طرق التدريس للمعوقين سمعياً (القريطي،2005،333) ، كما أن التحصيل الأكاديمي لهذه الفئة غالبا ما يكون متدنيا على الرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم ، ويبدو أن القراءة هي أكثر جوانب التحصيل الدراسي تأثرا بهذه الإعاقة الذي يزداد ضعفا مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها.

رعاية المعوقين سمعيا في المملكة العربية السعودية

كانت البداية الرسمية لتعليم المعوقين سمعياً في المملكة العربية السعودية في العام (1384 هـ / 1964م) عندما افتتحت وزارة المعارف – مسمى وزارة التربية والتعليم سابقاً– ممثلة في إدارة التعليم الخاص أول معهدين للصم في مدينة الرياض – أحدهما للبنين والآخر للبنات – التحق بهما واحد وأربعون طالباً و طالبة. ثم مهدت هذه البداية إلى الانتشار التدريجي لمعاهد الأمل للصم في المناطق الرئيسية في المملكة العربية السعودية. وفي العام 1417 هـ حدثت نقلة في تعليم المعوقين سمعياً في المملكة وذلك بتطبيق برامج دمج الطلاب ضعاف السمع والنطق في فصول التعليم العام عبر برنامج المعلم المتجول، في العام 1419 هـ تم استحداث برنامجين لغرفة المصادر لضعاف السمع والنطق في المرحلة الابتدائية وهما من برامج الدمج التربوي. بالإضافة إلى التوسع في استحداث برامج الأمل وضعاف السمع والنطق في مدارس التعليم العام . في العام 1422/ 1423هـ بلغ عدد معاهد وبرامج الأمل 110 معهداً وبرنامجاً، كما بلغت برامج فصول ضعاف السمع 47 برنامجاً، وتم التوسع في استحداث برنامج لمتعددي العوق ليصبح عددها خمسة برامج (الإدارة العامة للتربية الخاصة،2008) . ويوضح الشكل رقم (4) مراحل تطور وتسلسل رعاية وتعليم المعوقين سمعياً في المملكة العربية السعودية.



شكل (4) مراحل تسلسل رعاية وتعليم المعوقين سمعياً في المملكة العربية السعودية

أ. معاهد الأمل للصم

تعد معاهد الأمل من أقدم أنماط الخدمات التعليمية المقدمة للمعوقين سمعياً في المملكة - منذ العام 1384 هـ - الأقل انتشاراً مقارنة ببرامج الفصول الملحقة وهي مستقلة تماماً عن التعليم العام، وتوفر هذه المعاهد التعليم المتخصص للطلاب الصم من المرحلة التحضيرية - مرحلة ما قبل المدرسة - حتى المرحلة الثانوية الفنية .

ب. برامج فصول الأمل الملحق بالتعليم العام:

تماشياً مع الاتجاهات التربوية الحديثة نحو دمج الطلاب المعوقين سمعياً مع أقرانهم في التعليم العام فقد تم فتح فصول ملحقة بالمدارس العادية يتلقى فيها المعوقون سمعياً نفس مناهج معاهد الأمل للصم، وذلك تحقيقاً لما يسمى بـ(الدمج المكاني) . وتعد برامج فصول

الأمل الملحقة بالمدارس العادية جزءا من مدارس التعليم العام الموجودة بها، وتدار من قبل معلمين متخصصين في تعليم المعوقين سمعياً، الذين يستعينون بمقررات دراسية مخصصة للطلاب الصم، وتعد هذه البرامج الأكثر انتشاراً من بين الأنماط التعليمية المختلفة المقدمة للطلاب المعوقين سمعياً في المملكة والأكثر نمواً، بالرغم من حداثة تطبيقها - نسبياً - في المملكة - منذ العام 1410 هـ، وبالرغم من أن الطلاب الصم عبر هذا النمط يدرسون في فصول خاصة بهم ضمن المدرسة العادية ولهم مقرراتهم وخططهم الدراسية الخاصة بهم إلا أن هناك العديد من المشاركات المشتركة مع أقرانهم العاديين وخصوصاً في مجالات النشاط الرياضي و الفني والاجتماعي (الموسى،2007: 13) . ولا تختلف المقررات الدراسية المقدمة لهم عبر هذا النمط عن المقررات الدراسية المقدمة لهم عبر نمط المعاهد كما يتوفر للطلاب الصم في هذا النمط التعليم المتخصص عبر المراحل الأربع من التحضيري حتى مرحلة الثانوية الفنية.

ج. شروط القبول بمعاهد الأمل وفصول الأمل للصم

تشترط معاهد الأمل للصم عدداً من الشروط للالتحاق ببرامجها التعليمية هي :

1. أن تكون درجة فقدان سمع الطفل من (70) ديسبل فأكثر في أفضل الأذنين مع استخدام المعينات السمعية بموجب تقرير من جهة مختصة معتمدة.
2. أن لا تقل درجة ذكائه عن (75) درجة على اختبار وكسلر، أو (73) درجة على اختبار استافورد بينيه أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات الذكاء الفردية المقننة الأخرى.
3. أن لا يوجد لدى الطفل عوق رئيس آخر يحول دون استفادته من البرنامج التعليمي.
4. أن لا يقل عمره عن ست سنوات ولا يزيد على خمس عشرة سنة للقبول في الفصل الأول الابتدائي.
5. أن يكون قد تم تشخيص الطفل من قبل فريق متخصص حسب القواعد التنظيمية للقياس والتشخيص لمعاهد و برامج التربية الخاصة .
6. يقبل التلميذ المحول من التعليم العام إلى التربية الخاصة إذا انطبقت عليه شروط القبول ويسجل في الصف الذي كان يدرس فيه أو الصف الملائم لقدراته وتصمم له خطة تربوية فردية تلبي احتياجاته التربوية الخاصة . (إدارة العوق السمعي - الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2008).

د. السلم التعليمي لمعاهد الأمل في المملكة العربية السعودية

تطبق معاهد وفصول الأمل، سلماً تعليميا يتكون من أربع مراحل دراسية بالإضافة إلى برامج تعليم الكبار. ويوضح الجدول التالي رقم (2) السلم التعليمي الذي تطبقه معاهد الأمل في المملكة.

جدول (2) يوضح السلم التعليمي لمعاهد الأمل في المملكة العربية السعودية

المرحلة التعليمية	أهدافها
المرحلة التحضيرية 4-6 سنوات	- تهيئة الطفل المعوق سمعياً للدراسة بالمرحلة الابتدائية من خلال تنمية الثروة اللغوية لديه، وتدريب قدراته السمعية وتوظيفها في العملية التعليمية، وعلاج عيوب النطق قدر الإمكان، وإكسابه بعض المهارات الأساسية للتعلم . - تشمل الخطة الدراسية على مواد للتربية الإسلامية، وتدريبات السمع وعلاج النطق، والقراءة والكتابة، والرياضيات، والعلوم، والتربية الفنية والبدنية.
المرحلة الابتدائية ست سنوات	- منهج مستمد من المرحلة الابتدائية بالتعليم العام معدل ليتناسب مع متطلبات الإعاقة السمعية - تدريب الطفل على استثمار بقايا السمع لديه، والتدريب على النطق وقراءة الشفاه، واستخدام المعينات السمعية الفردية، واستخدام الأبجدية الإشارية والأرقام العربية الموحدة.
المرحلة المتوسطة ثلاث سنوات	- يتلقى فيها الطالب مقررات ثقافية مسايرة لمناهج التعليم العام معدة بحيث تكون خاصة للمعوقين سمعياً.
المرحلة الثانوية ثلاث سنوات	- القسم الأول: يتضمن قدراً مناسباً من الثقافة العامة والمعرفة المستمدة من مناهج المرحلة الثانوية بالتعليم العام. - القسم الثاني: فني مهني يضم عدداً من المجالات المهنية .
برامج تعليم الكبار	تمتد برامج تعليم المعوقين سمعياً إلى من فاتتهم فرصة التعليم في السن المدرسية، وذلك بفتح فصول ملحقة بمعاهد الأمل في مختلف مناطق المملكة كالتالي: - مراكز محو الأمية (معاهد الأمل النهارية): وتستمر الدراسة فيها ثلاث سنوات ، يتلقى الدارس أثناءها مناهج معاهد الأمل الابتدائية . - التعليم المسائي: برامج مسائية لتعليم الصم الكبار المرحلة المتوسطة والثانوية الفنية لمن لا تسمح لهم ظروفهم بالدراسة في هاتين المرحلتين الفترة النهارية، وهذه البرامج عبارة عن فصول ملحقة بمعاهد الأمل أو بمدارس التعليم العام.

نقلا عن موقع إدارة العوق السمعي – الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2008

ه. الخدمات التي تقدمها معاهد الأمل للصم بالمملكة العربية السعودية

بالإضافة إلى الخدمات التعليمية التي تقدمها معاهد الأمل للصم والتي تم استعراضها تحت عنوان السلم التعليمي، فإن هناك عدداً من الخدمات الأخرى التي يحظى بها طلاب وطالبات هذه المعاهد وهي:

- الخدمات الإيوائية : نظراً للوضع الجغرافي للمملكة من حيث اتساع رقعتها وتباعد المناطق التي توجد بها المعاهد، ومراعاة لبعض الأوضاع الاجتماعية، فقد تم توفير أقسام داخلية في العديد من المعاهد تتوفر فيها متطلبات الإقامة والإعاشة الكاملة للمقيمين أو المقيمات فيها.
- الخدمات الطبية : تم تزويد معاهد الأمل للصم للبنين والبنات بوحدات صحية صغيرة يناوب بها طبيب ممارس وممرضون وممرضات .
- الخدمات الاجتماعية والنفسية : عنيت معاهد الأمل للصم بإيجاد الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، الذين يقع على عواتقهم أيضاً تقديم دراسة شاملة عن الطلبة وأوضاعهم النفسية والاجتماعية وقياس درجة الذكاء من خلال عدة مقاييس، وتقديم الحلول للمشكلات الاجتماعية والنفسية التي قد تعترض الطلبة أو الطالبات.
- خدمات السمع والتخاطب: يعمل أخصائيو علاج السمع والتخاطب على تقييم وتشخيص مستوى الإعاقة السمعية، ونوعيتها، ومدى الحاجة إلى التأهيل السمعي، ووضع البرامج المساعدة على استغلال البقايا السمعية، وكذلك اختيار المعين السمعي المناسب ومتابعة مدى الاستفادة منه، كما يعملون على تقييم ومعالجة اضطراب النطق والكلام وإعداد وتنفيذ البرامج لمعالجة هذه العيوب .
- خدمات ترفيهية : تمتد الخدمات المقدمة من معاهد الأمل للصم بالمملكة إلى تقديم الأنشطة الترويحية مثل القيام برحلات وزيارات وأنشطة لاصفية والمشاركة في اللقاءات الرياضية والثقافية .
- خدمات مادية : يصرف لكل طالب منتظم في الدراسة بمعاهد الأمل مكافأة شهرية وتختلف في مقدارها حسب المرحلة التعليمية وحسب الإقامة إذا كانت داخلية أم لا .

(الموسى، 2007 – إدارة العوق السمعي – الإدارة العامة للتربية الخاصة،2008)

و. فصول الدمج التعليمي

لتحقيق الاتجاه العام نحو دمج الأطفال المعوقين سمعياً دمجاً حقيقياً مع أقرانهم في التعليم العام تم عام (1419هـ) افتتاح فصول للأطفال المعوقين سمعياً في المدارس العادية ويتلقون فيها مناهج التعليم العام .(الموسى،2007: 3)

ز. برامج ضعاف السمع وعيوب النطق في التعليم العام

تهدف هذه البرامج إلى مساعدة الطلاب ضعاف السمع ومن توجد لديهم عيوب في النطق داخل الفصل العادي، وذلك بتوفير المعينات السمعية والاستفادة من خدمات التربية الخاصة أثناء دراستهم في نفس الفصول مع أقرانهم في التعليم العام.

ح. برامج المعلم المتجول

تتلخص مهام المعلم المتجول في متابعة الطلاب الذين لديهم مشاكل في السمع أو النطق في التعليم العام وتقديم الخدمات التربوية المناسبة لهم .

ط. غرفة المصادر

تقتصر خدمات غرفة المصادر على المعوقين سمعياً الملتحقين ببرامج ضعاف السمع وعيوب النطق، يقوم بالتدريس فيها معلم غرفة المصادر المتخصص في الإعاقة السمعية داخل غرف مجهزة ببعض الاحتياجات التعليمية. (إدارة العوق السمعي - الإدارة العامة للتربية الخاصة، 2008) .

ي. تجربة المملكة العربية السعودية في إلحاق الصم بالتعليم العالي

تعد تجربة السماح للصم وضعاف السمع بمواصلة التعليم العالي بالمملكة العربية السعودية هي الأولى من نوعها من بين الدول العربية ودول مجلس التعاون الخليجي وذلك من خلال إصدار قرار يلزم قبولهم بالكليات والجامعات . (أخضر،2005: 20)

وقد صدرت الموافقة السامية بتاريخ 4/ 5/ 1422هـ والقاضية بتمكين المعوقين سمعياً من مواصلة التعليم العالي بالجامعات والكليات أسوة بالسامعين . وتم إلحاق البنات الصم بكلية التربية للاقتصاد المنزلي والتربية الفنية في تخصصين هما: قسم التربية الفنية ، و قسم السكن وإدارة المنزل ، وذلك للعام الدراسي 1425- 1426هـ ، لمدة أربع سنوات وتحصل الطالبة الصماء على درجة البكالوريوس التربوي في الاقتصاد . وفي نفس العام تم قبول البنين بكلية الاتصالات ليحصلوا على دبلوم مدته سنتان. (أخضر،2005: 20)

مراجع الفصل الخامس

المراجع العربية

- أخضر، فوزية.(2005). "تجربة المملكة العربية السعودية في إلحاق الصم بالتعليم العالي". ورقة عمل مقدمة لندوة التربية الخاصة بجامعة الملك سعود. في الفترة من 29ـ30 نوفمبر 2005 . ص ص : 1- 18.
- إدارة العوق السمعي – الإدارة العامة للتربية الخاصة. (2008). تطور تعليم الصم وضعاف السمع في المملكة . http://www.se.gov.sa
- إمام ، يوسف .(2000) . "أضواء على الحديث في رعاية و تأهيل وتعليم المعوقين سمعياً" . ندوة الاتجاهات المعاصرة في التعليم و التأهيل المهني للمعوقين سمعياً . الرياض 25-27 شوال 1420هـ.
- البنيان، ماجد . (2001) . "التوازن الثابت و المتحرك لدى التلاميذ ضعاف السمع و الصم ومقارنتهم بالعاديين(6-12 سنة)" . رسالة ماجستير غير منشورة قسم التربية البدنية علوم الحركة - كلية التربية - جامعة الملك سعود.
- تركستاني ، مريم حافظ. (2008). "دراسة مقارنة لبعض المتغيرات الشخصية و المعرفية و الاجتماعية لدى ضعيفات السمع المدموجات وغير المدموجات في مدينة الرياض مع وضع تصور مقترح للدمج" . رسالة دكتوراه غير منشورة. قسم علم النفس . كلية العلوم الاجتماعية. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- ثابت ، محمد جعفر.(2002). "القدرات القرائية لدى عينة من ضعاف السمع من طلاب الصف السادس الابتدائي والصف الثالث المتوسط في مدينة الرياض: دراسة مقارنة" . مجلة دراسات نفسية . مج2،ع4، ص.ص : 579-608 .
- جفال ، عبير.(1994). "السلوكيات غير التكيفية لدى المعوقين سمعياً". رسالة ماجستير غير منشورة . كلية الدراسات العليا . الجامعة الأردنية.
- الحازمي ، محسن. (2004). "عناصر وإطار الإعاقة لدى الأطفال والخدمات المقدمة لهم بالمملكة العربية السعودية" الجمعية السعودية لطب الأسرة و المجتمع. النسخة العربية.المجلد الحادي عشر. العدد 3

- حنفي ، علي. (2002) . "مشكلات المعاقين سمعياً كما يدرسها معلمو المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات". مجلة التربية ببنها . العدد (20). ص ص 12-34.
- الخطيب ، جمال (2005). مقدمة في الإعاقة السمعية. دار الفكر . الأردن. ط3
- دبابنة ، سمير.(1996). نافذة على تعليم الصم. مؤسسة الأراضي المقدسة للصم. الأردن.
- الدماطي ، عبد الغفار. (2002). مراحل النمو العقلي المعرفي لدى عينة سعودية من التلاميذ الصم والعاديين . مجلة أكاديمية التربية الخاصة . العدد الأول . رجب 1423هـ .ص ص :41-103.
- الدماطي ، عبد الغفار.(2004). طرق تدريس المعوقين سمعيا . (بحث غير منشور). - كلية التربية - جامعة الملك سعود . الرياض.
- الدهان ، منى.(2001). "الوحدة النفسية لدى كل من الطفل العادي و المتخلف عقلياً والأصم". دراسات نفسية . المجلد 11- العدد الأول: يناير 2001 . ص ص: 97-126.
- الروسان ، فاروق.(2000). دراسات وبحوث في التربية الخاصة. دار الفكر . الأردن.
- الروسان، فاروق.(2006). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. دار الفكر . الأردن.
- الزبيدي، هيام.(1995). "السلوك الاجتماعي المدرسي للتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة". رسالة ماجستير غير منشورة . كلية الدراسات العليا. الجامعة الأردنية.
- الزريقات، إبراهيم. (2003) . الإعاقة السمعية . دار وائل للنشر . عمان - الاردن . ط1
- زمزمي ، عبد الرحمن.(1999). "تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة لجون رافن على الطلاب الصم في معاهد الأمل للمرحلة الابتدائية بالمملكة العربية السعودية" . رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى . مكة المكرمة.

- سليمان ، عبد الرحمن . و البيلاوي، إيهاب. (2005). المعاقون سمعياً . مكتبة دار الزهراء . الرياض .
- السمادوني ، السيد.(1990).'الانتباه السمعي و البصري لدى الأطفال ذوي النشاط– دراسة ميدانية' . مجلة بحوث المؤتمر السنوي الثالث للطفولة . مركز دراسات الطفولة . جامعة عين شمس . القاهرة . ص ص936–955 .
- الشخص، عبد العزيز.(1992).'دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتهما بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال' .مجلد بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري. مركز دراسات الطفولة. جامعة عين شمس.ص ص 1023–1046.
- الشمري ، طارش .(2003). الأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة السمعية في المملكة العربية السعودية. مجلة الإرشاد النفسي. العدد17. ص ص:97–154.
- صديق ، لينا.(2001). 'الأداء المعرفي لفاقدات السمع و العاديات في الفئة العمرية (13–15) سنة' . رسالة ماجستير غير منشورة .قسم علم النفس – كلية التربية – جامعة الملك سعود.
- الطريقي، محمد .(1997). المشروع الوطني لأبحاث الإعاقة و التأهيل داخل المجتمع في المملكة العربية السعودية . المركز الوطني المشترك لبحوث الأطراف الاصطناعية و الأجهزة التعويضية و برامج تأهيل المعوقين . الرياض.
- طه ، سمية.(2003). 'دراسة لمشكلات الأطفال المعاقين سمعياً وبصرياً وبعض المتغيرات المرتبطة بها' . مجلة الإرشاد النفسي . العدد16. ص ص:93–129.
- العبد الجواد ، خيرية.(2000). برنامج الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية. ورقة عمل المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة و التأهيل. الرياض. مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة. ص ص:216–220.
- عبد الحي ، محمد .(2001). طرق الاتصال بالصم وأساليبها. دار القلم . دبي– الإمارات العربية المتحدة .
- عبد الرحمن ، محمد .(1999). 'برنامج مقترح لتدريب الأطفال ضعاف السمع على السلوك التوافقي' . رسالة ماجستير غير منشورة . قسم الدراسات النفسية الاجتماعية. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس . القاهرة.

- عبد الرسول ، خلف.(1995).ألفروق في الاعتماد/ الاستقلال الإدراكي والتروي/ الاندفاع و الضبط الداخلي/ الخارجي لدى الأطفال العاديين والمعوقين سمعياً. مجلة كلية التربية . جامعة أسيوط. المجلد الأول.العدد الحادي عشر. يناير 1995 . ص ص 521-555.
- عبد العظيم ، هالة.(2000) . المشكلات النفسية للطفل الأصم. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم الدراسات النفسية الاجتماعية. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس . القاهرة.
- عبد الفتاح ، يوسف.(2004). بعض الدلالات الإكلينيكية (العصابية و الانطواء) لرسوم الأطفال المعوقين سمعياً و الأطفال العاديين في الإمارات(من خلال اختبار رسم الرجل و اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي). رسالة الخليج العربي. العدد74. ص ص :13-55.
- عبيد ، ماجدة. (2000). الإعاقة السمعية. دار الهديان . الرياض.
- عطية ، إبراهيم. (2002). مدى فاعلية برنامج مقترح لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع. رسالة دكتوراه غير منشورة . قسم الدراسات النفسية الاجتماعية . معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس . القاهرة.
- فايد ، جمال .(2001). فاعلية استخدام رسوم الأطفال في تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم. المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس الأسرة في القرن الحادي و العشرين. ص ص:187 -223.
- فتح الباب ، فتحي، (2002). مستوى القلق وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع. رسالة ماجستير غير منشورة . قسم الدراسات النفسية الاجتماعية. معهد الدراسات العليا للطفولة . جامعة عين شمس . القاهرة.
- القريطي ، عبد المطلب.(2005). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم . دار الفكر العربي . القاهرة . ط4
- القريوتي ، يوسف. وآخرون. (2001). المدخل إلى التربية الخاصة. دار القلم .دبي . الإمارات العربية المتحدة. ط3

- كاشف ، إيمان.(2004).المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج. دراسات نفسية . المجلد الرابع عشر. العدد الأول. يناير2004 . ص ص 69-121.
- كامل ، وحيد.(2004).علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع. دراسات نفسية . المجلد الرابع عشر. العدد الأول . يناير2004 . ص ص 31-68.
- كوافحة ، تيسير . وعبد العزيز، عمر .(2003). مقدمة في التربية الخاصة .دار الفكر . الأردن.
- اللقاني ، أحمد. والقرشي، أمير.(1999). مناهج الصم. التخطيط و البناء والتنفيذ . عالم الكتب . القاهرة . ط1
- منظمة الصحة العالمية . (2006). بيانات إحصائية . تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO,2000) . http://www.who.int/research/ar
- موسى ، رشاد.(1992). الفروق في بعض القدرات المعرفية بين عينة من الأطفال الصم وأخرى من عاديي السمع. مجلة مركز معوقات الطفولة. العدد1.ص ص 233-259.
- الموسى، ناصر .(2007). تجربة المملكة العربية السعودية في مجال دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية . ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر التربية الخاصة الثالث "التدخل المبكر التحديات و الطموحات". مايو2007- الدوحة.
- النوبي ، محمد .(2005) . سيكولوجية ذوي الإعاقة السمعية .دليل للآباء والأمهات والمعلمين. مكتبة النهضة المصرية . القاهرة
- هويدي ، محمد .(1994). الفروق في الذكاء غير اللفظي بين التلاميذ الصم والسامعين. المجلة التربوية- جامعة الكويت- المجلد الثامن - العدد32- ص ص :117- 147.

المراجع الأجنبية

- Gregory, S. (1999). " Deaf children and their families." . Cambridge University Press (re-issue of The deaf child and his family, George, Allen Union .
- Hallahan, P, & Kauffman, M. (2006). Exceptional Learners Introduction to Special Education, (10th), Boston: allyn & Bacon.
- Moores, M . (2001). Educating the Deaf : Psychology, Principles and Practices . Boston : Houghton Mifflin Com.
- Pallack, B. (1997). " Education Children who are Deaf or Hard of hearing Additional Learning Probloms". The Council for Exceptional..32.(5).25-55.

الفصل السادس

الإعاقة البصرية

المقدمة
تشريح العين وآلية الإبصار
آلية الإبصار
تعاريف الإعاقة البصرية
أسباب الإعاقة البصرية
تأثير الإعاقة البصرية على جوانب النمو المختلفة للفرد المعاق بصرياً
التقييم التربوي والنفسي للمعاقين بصريا
المواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة للأفراد المعاقين بصريا
مهارات التعرف والتنقل للمعاقين بصريا
أنظمة التنقل
البرامج التربوية للمعاقين بصريا
التدريب اللمسي
التدريب السمعي
التدريب الشمي
التدريب لحاسة الذوق
مراجع الفصل السادس

الفصل السادس

الإعاقة البصرية

Visual Impairment

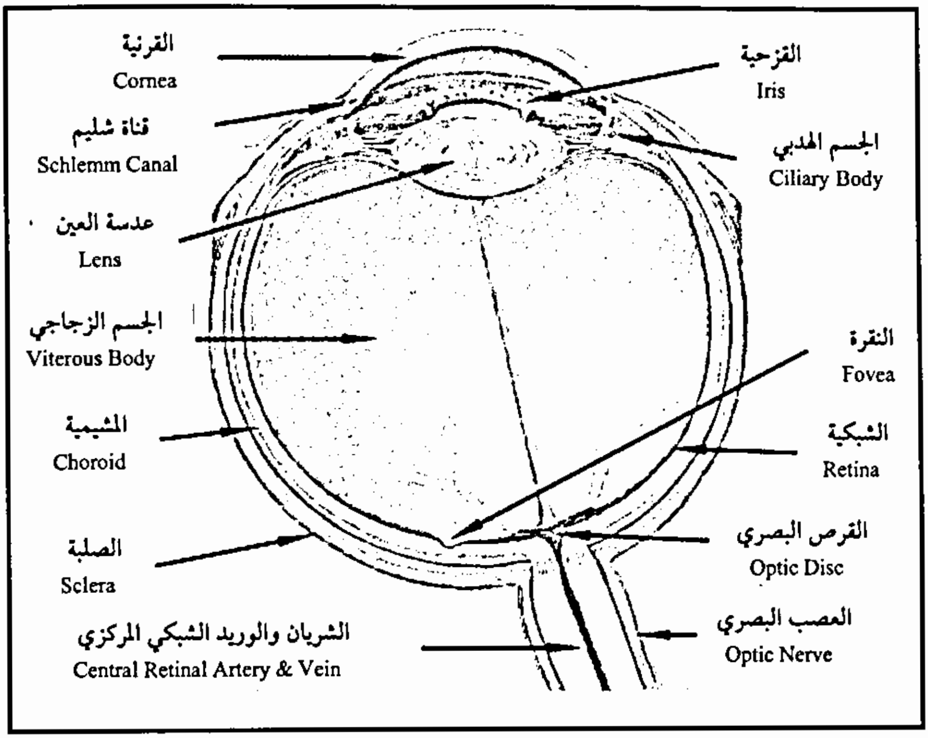
المقدمة

تعتبر الحواس في جسم الإنسان وسائل جمع المعلومات من العالم الخارجي المحيط بالإنسان إلى داخل الإنسان (العقل والقلب).

إن أي خلل أو تعطل كلي أو جزئي لأية حاسة من حواس الإنسان سيكون له الأثر الكبير على حياة الإنسان سواء أكان ذلك ماديا أو معنويا . وأن حاسة الإبصار هي الحاسة التي يرى بها الإنسان العالم من حوله وبدونها يكون العالم من حوله معتما ولا يشعر به إلا عن طريق المعلومات التي تدخل إليه عن طريق الحواس الأخرى . فحاسة البصر حاسة عظيمة حيث أشار إلى ذلك القرآن العظيم والأطباء والناس العقلاء . ففي هذا الفصل سنحاول أن نقدم بعض المعرفة التي قد تساهم في التقليل من حدة الإعاقة البصرية والتي تجعل حياة المعاق بصرياً تسير بشكل أسهل وأيسر واقرب إلى ما تكون عليه نمط الحياة التي يعيشها العاديون .

تشريح العين وآلية الإبصار

- الصلبة : وهي الطبقة الخارجية للعين ولونها ابيض وهي لا تمتص الضوء بل تعكسه.
- المشيمية : وهي الطبقة التي تقع بين الصلبة والشبكية ووظيفتها توصيل المواد الغذائية والأكسجين عن طريق أوعية دمويه.
- الشبكية :هي المسئولة عن الإبصار عند الشخص حيث تستقبل الضوء الواقع عليها وتحوله لإشارات كهربية تنقله عن طريق الألياف البصرية والتي تتجمع في القرص البصري ويوجد بداخل الشبكية ما يسمى بالنقرة وهي بقعه مقعرة تستخدمها العين في عمليات الإبصار الحاد.
- الجسم الزجاجي : جسم هلامي يحافظ على الشكل الكروي للعين.



- الجسم الهدبي : هو عبارة عن عضلات تتحكم في شكل عدسة العين اذا تقلصت يقل تحدب العين وإذا ارتخت يزيد تحدب العين.
- عدسة العين : تتكون عدسة العين من بروتينات شفافة مرتبة في ما يقرب من 20 طبقة متحدة المركز وغير سميكة (الطبقات ليست سميكة لكن العدسة سميكة) وعدسة العين مرنة جدا تتحكم فيها العضلات الهدبية حتى تساعد على تكيف العين عند تركيز الرؤية على شيء معين.
- القزحية : وهي مسئولة عن لون العين وتتكون من عضلات دائرية وأخرى شعاعية وفي وسطها يوجد ما يسمى بؤبؤ العين وتقوم العضلات الدائرية بتضييق بؤبؤ العين (حدقة العين) أما العضلات الشعاعية فمسئولة عن توسيع بؤبؤ العين وهذه تعتمد على شدة الإضاءة الساقطة على العين.
- القرنية : توجد في مقدمة العين وهي شفافة وتقوم بالحصول على الأكسجين عن طريق الهواء مباشرة أما الغذاء فعن طريق الخلط المائي وهو محلول يملأ الغرفة

الأمامية (هي الفراغ بين القرنية والقزحية) والغرفة الخلفيه (وهي تقع بين عدسة العين والقزحية) ويملاهم عن طريق قناة شبلم (وظيفتها جمع المحلول المخلوط المائي من الغرفة الخلفية إلى الجسم عن طريق شريان) والخلط المائي هو المسئول عن ضغط العين فإذا تجمع ولم يستطع الخروج يحدث ما يسمى بالماء الأزرق.

- الملتحمه : هي غشاء يغطي الصلبة ويبطن الجفون من الداخل ووظيفتها إفراز الدموع لحماية العين رغم أن إفرازه اقل من إفراز الغدد الدمعية المخصصة لذلك.
- حجرة العين : وهي التجويف الموجود في الجمجمة وتقع العين بداخلها ويعمل على حمايتها.
- الجفون : وظيفتها الأساسية حماية العين من أي عدوى بكتيريا حيث أنها تساعد على نشر الدموع والتي تحتوي على مواد تقتل العدوى وهناك وظيفة أخرى للجفن حيث انه يقوم برد فعل تلقائي تجاه أي ضوء ساطع أو خطر على العين بإغلاقها بالجفون.

آلية الإبصار

لقد أشار ساودر (Souder,2004) أن عملية الإبصار تتلخص فيما يلي:

1. تدخل الأشعة الضوئية من خلال القرنية والبؤبؤ وثم العدسة.
2. تكيف عضلات العين الداخلية شكل العدسة وتركز الأشعة الضوئية خلف الشبكية.
3. خلايا العصي والمخاريط الشبكية تحول الضوء إلى نبضات كهربائية.
4. يحمل العصب البصري النبضات الكهربائية إلى الدماغ.
5. يفسر الدماغ النبضات الكهربائية من خلال التنسيق والخيال الناتج من كل عين لإنتاج صورة ثلاثية الأبعاد للإبصار.

تعاريف الإعاقة البصرية

لقد أشارت الحديدي (2002) في كتابها مقدمة في الإعاقة البصرية إلى مجموعة من تعريفات الإعاقة البصرية وهي كما يأتي :

التعريف القانوني للإعاقة البصرية

- المكفوف : هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 200/ 20 او اقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة او لديه حقل إبصار محدود لا يزيد عن 20

درجة .وهذا يعني ان الشخص يرى على مسافة 20 قدم ما يراه الشخص المبصر على بعد 200 قدم ولديه مجال بصري ليس اكبر من 20 درجة .

- ضعيف البصر (المبصر جزئيا): هو شخص لديه حدة بصر أحسن من 200/ 20 ولكن اقل من 70/ 20 في العين الأقوى بعد إجراء التصحيح اللازم .

التعريف التربوي للإعاقة البصرية

- المكفوف : هو الشخص الذي يتعلم من خلال القنوات اللمسية او السمعية.
- ضعيف البصر : هو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح ولكن يمكن تحسن الوظائف البصرية لديه .
- محدود البصر : هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية.

تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية

- الإعاقة البصرية الشديدة : حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.
- الإعاقة البصرية الشديدة جدا : حالة يجد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.
- شبه العمى : حالة اضطراب بصر لا يعتمد فيها على البصر .
- العمى : فقدان القدرات البصرية.

نسبة الانتشار:

لقد أشارت الرابطة الأمريكية للمكفوفين American foundation of blind كما ورد ذلك في الزريقات (2006) ان كف البصر موجود بمقدار العشر لدى أطفال المدارس كما ان الإحصائيات تشير كما ورد في الحديدي (2002) الى ان ما يزيد على (35) مليون مكفوف وحوالي (120) مليون ضعيف البصر في العالم، ولكن أشار (Hallahan and kuffman, 2003) إن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تتأثر بعوامل مثل إن العديد من الأطفال المعاقين بصريا غير داخلين في تصنيف التربية الخاصة للإعاقة البصرية كما انه قد نضيف العديد منهم ضمن متعددي الإعاقة وهم لديهم إعاقة بصرية وغير مصنفين ضمن الإعاقة البصرية .

وقد أشار (national Research council,2003) إلى ان نسبة انتشار الإعاقة البصرية قد تتباين في مجتمع ما وذلك للأسباب التالية:

1. وجود فروق بين نتائج التقارب الذاتية لتقييم الإعاقة البصرية مقابل استخدام الأدوات المحكية او الاختبارات البصرية .
2. وجود فروقات في تعريف كف الإبصار والإعاقات البصرية.
3. وجود فروقات في العمر والحالة الاقتصادية والاجتماعية.
4. وجود المجتمعات او الأقليات العرقية الموجودة في المجتمع.

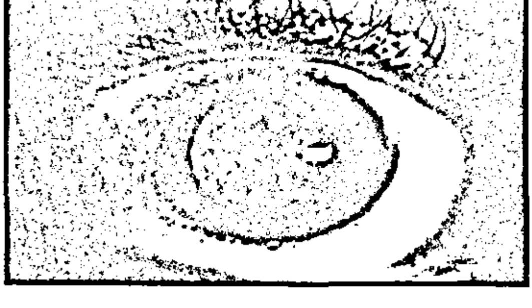
وكما أوضح سالمون وآخرون (salomao , etc, 2009) إن نسبة الانتشار تتأثر بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والخدمات والرعاية الصحية للعين في أي مجتمع إذ أشار إلى أن نسبة الإعاقة البصرية تقدر ب 0.25٪ من العدد السكاني للمجتمع من المجتمعات التي لها اقتصاد قوي وخدمات صحية عالية بينما قد تقدر النسبة ب1.5٪ أو أكثر من العدد السكاني للمجتمع الذي يكون اقتصاده منخفضا ويوجد انخفاض في مستوى الرعاية الصحية .

وأشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) ان انتشار الإعاقة البصرية قد انخفض الى 285 مليون (246 مليون إعاقتهم البصرية تتراوح ما بين المتوسط والشديد بينما يقدر عدد الكفيفين (فاقدي البصري) بحوالي 36مليون شخص.

أسباب الإعاقة البصرية

يذكر زريقات (2002) أن الإعاقة البصرية قد تنتج عن أحد الأسباب التالية :

أ. **الإعاقات الناتجة على خلل في تركيب العين impairment Structural** ويمكن أن تحدث هذه الإعاقات إما لأسباب وراثية وتظهر قبل الميلاد أو لأسباب بيئيه ناتجة عن اضطراب في النمو الطبيعي للجهاز البصري وتظهر بعد الميلاد وتشمل هذه الإعاقات الحالات التالية:



1. **الماء الأبيض (Cataracts):** ويعرف بأنه ضبابية العدسة البلورية للعين والذي يؤدي إلى إبصار معتم أو غير واضح.

الأسباب المؤدية له:

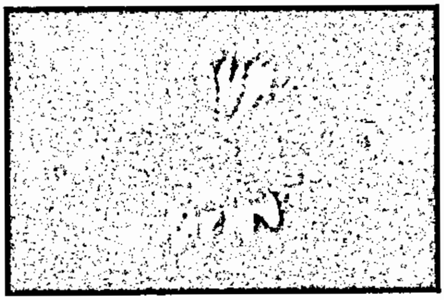
- تقدم العمر للشخص المصاب ويسمى بالماء الأزرق الشيخوخي (الثانوي).
- العوامل الولاديه ويسمى في هذه الحالة بالماء الازرق الخلقي .
- تعرض العين للأشعة فوق البنفسجية او تحت الحمراء.
- إصابات العين.
- إصابة العين بالأمراض مثل السكري او بعض الإعاقات مثل متلازمة داون.
- تناول بعض الأدوية مثل Contisone Steroids.

الإجراء الطبي:

استخدام العدسات المصححة وفي الحالات الشديدة يتم إزالة الماء الأبيض عن طريق العمليات الجراحية.

الأثر التربوي:

يواجه المصابون بالماء الأبيض أحيانا مشكلات في التعلم.



2. الجلاكوما Glaucoma

التعريف:

هي حالة مرضية للعين تنتج عن زيادة الضغط داخل مقلة العين وغالباً ما تؤدي إلى كف البصر.

الأسباب المؤدية لها:

1. أسباب وراثيه تظهر في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة.

2. ارتباط الجلاكوما بعوامل أخرى مثل متلازمة Surge – Weber syndrome واللاتزحية ومتلازمة Lowe أو ورم ليفي عصبي ومتلازمة marfan ومتلازمة Stitkler والحلال الشبكية الناتج عن الخداج ومتلازمة Rubinstein – Taybi ومتلازمة Trisomy 13.

الإجراء الطبي:

يحاول الطبيب خفض الضغط داخل العين عن طريق وصف قطرات لها أو الأدوية الفمية وفي الحالات الخطرة تكون الجراحة ضرورية عن طريق فتح قنوات الدمع في مقدمة تجويف العين.

الأثر التربوي:

يعتمد على زمن التدخل المبكر في العلاج لأنه قد يتم التخلص من الاصابة بالاعاقة البصرية اذا تم تشخيص الحالة قبل تطور الحالة الذي يؤدي الى تلف الشبكية ولكن اذا تم التأخر في الكشف عن الجلاكوما فقد يؤدي الى كف البصر الذي يصاحبه كثير من المشاكل في التعلم.

3. **الغمش Amblyobia (العين الكسولة)**

التعريف:

هي إعاقه بصريه ناتجة عن قمع الخيال أو الصورة عن عين واحدة.

الأسباب المؤدية له:

1. يكون لإحدى العينين حدة إبصار أفضل من الأخرى والناتج عن أخطاء انكسار الضوء أو الماء الأزرق أو تندب القرنية أو تدلي جفن العين أو الأورام.
2. تقاطع وتداور العين سبب الحول

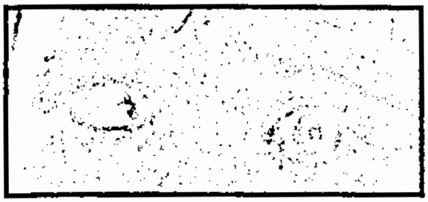
العلاج:

1. تحديد لماذا يستعمل الطفل عينا واحدة ومن ثم علاجه.
2. إجبار الطفل على استعمال عينه الكسولة عن طريق تغطية العين الأقوى.

الأثر التربوي:

قد لا تترتب على إصابة الفرد بالغمش مشاكل في التعلم لأنه يستعمل العين السليمة للقيام بالمهمات التعلمية المطلوبة منة.

4. الحول Strabismus



التعريف:

تقاطع تصالب الأعين أو فقدان اصطفافها.

الأسباب المؤدية له:

1. إصابة الأعين بطول النظر المتقاطع عندما تركز في النظر.
2. شلل في عضلات مقلة العين الخارجية للجهاز الحركي.
3. غير معروفة السبب وعادة يولد الطفل في مثل هذه الحالة ويكون مصابا بالحول ويسمي الحول الخلقي.

العلاج :

1. علاج طول النظر المتقاطع بالعدسات الطبية.
2. إجراء الجراحة الضرورية لتصحيح حالة فقدان الاصطفاف والتقاطع للأعين.

الأثر التربوي:

قد لا يصاحب إصابة الشخص بالحول مشاكل في التعلم ولكن كلما كان التدخل مبكرا وخصوصاً في السنوات التسع الأولى .

5. اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج Retinopathy of prematurity (ROP):

التعريف:

حالة تؤدي الى فقدان البصر او كف البصر لدى الأطفال الرضع المولودين بحالة الخداج وينتج عن ذلك تلف الشبكية.

الأسباب المؤدية لذلك

عدم اكتمال نمو الأوعية الدموية للشبكية مع بلوغ الطفل سن (9) شهور أي سن الولادة أي يولد الطفل وتكون الأوعية الدموية للشبكية غير مكتملة النمو.

الإجراء الطبي:

- استخدام بعض العلاجات التي تمنع من وصول اعتلال الشبكية الخارجي الى أقصى درجاته او مراحله الشديدة مثل Gryotherapy.
- استخدام الليزر لخفض النمو غير الطبيعي للاوعيه الدموية.
- الجراحة المتقدمة اذا حدث انفصال للشبكية.

الأثر التربوي:

يعتمد على مدى الاعاقه البصرية الناتجة عن اعتلال الشبكية فكلما كانت حدة الإعاقة أشد كلما كان هنالك حدوث مشاكل في التعلم.

6. الرأرأة Nystagmus:

التعريف:

حركة العين اللاإرادية (رأسيا أو أفقيا او دائريا) مما يؤدي إلى مشكلات في التركيز والبصر غير الواضح.

الأسباب المؤدية لها:

1. أسباب وراثية خلقيه مثل الراراة النواسية Pendwar.
2. الراراة الاهتزازية تنتج عن خلل أو تغيرات في جذع الدماغ أو الجهاز الوعائي أو استثارة لأجهزة الإذن الداخلية أو الضغط المرتفع أو جلطات الدماغ أو التهاب الإذن او التسممات الدوائية والكحولية أو التهابات الدماغ (السحايا) .
3. أسباب بيئة مثل إصابة العين بحرج البصر (اللابؤرية) أو البهق أو ضمور العصب البصري أو الماء الأزرق أو التعتيم القرني.

العلاج:

1. استخدام النظارات الطبية اذا كانت الراراة ناتجة عن جرح البصر.
2. استخدام العدسات المنشوريه تحت إشراف الطبيب باستمرار.
3. جراحة عضلة العين او غرس البوتولينوم حول الأعين.

الأثر التربوي

يوثر على مشاكل التعلم التي تحتاج الى تركيز العين على الأجسام البعيدة لأن الرارارة تجعل الطفل يقوم بالتركيز على الأجسام القريبة.

7. البهق **Albinism**

التعريف:

هي حالة صحية موروثة لفقدان الصفة Pigment في كل الجسم أو جزء منه حيث تؤثر على جلد وشعر واعين الفرد المصاب بما يصاحب ذلك في حالة Tyrosinase – Negative الى اضطرابات بصرية شديدة حيث تتراوح حدة الإبصار 20/200 أو اقل وحركة غير إرادية للعين او اهتزاز العين (الرارارة) أو الغمش أو الحساسية الشديدة للضوء او إصابات القزحية transillu mination مما يؤدي إلى عدم المرور الطبيعي للضوء خلال صبغة القزحية .

الأسباب:

وارثية حيث ينتج عن ذلك عدم اكتمال تكوين الجزء الأوسط من الشبكية.

العلاج:

1. استخدام العدسات الصحيحة.
2. استخدام العدسات اللاصقة

الأثر التربوي

لا توجد مشاكل في التعلم لدى الأفراد المصابين إذا تم اكتشاف الحالة مبكراً وتم القيام بالإجراء الطبي المناسب.

8. ضمور العصب البصري **Optic Nerve Atrophy**

التعريف:

هو فقدان أنسجة العصب البصري في القرص البصري وهو المكان الذي يربط العصب البصري بالعين مما يؤدي إلى فقدان المجال البصري أو قد تراوح الإصابة من الفقدان البسيط لحدة الإبصار أو المجال البصري أو كف البصر الكلي.

الأسباب:

1. قد ينتج عن الجلاكوما.
2. اضطراب العصب البصري والتهاب العصب البصري.
3. التهاب الشبكية الصباغي.
4. التسمم والإصابات.

العلاج:

قد يكون جراحي أو دوائي أي حسب السبب الذي يسبب الضمور فإذا كان السبب هو الجلاكوما فان العلاج يكون مركزا على خفض الضغط في الأعين وإذا كان السبب هو استسقاء الدماغ فان العلاج يكون في علاج الضغط حول الدماغ.

الأثر التربوي:

يعتمد على شدة الإصابة فكلما كانت شدة الإصابة أكبر كلما كانت هناك مشاكل أكثر لتعلم الأفراد المصابين.

ب. الأسباب الناتجة عن أخطاء انكسار الضوء داخل العين

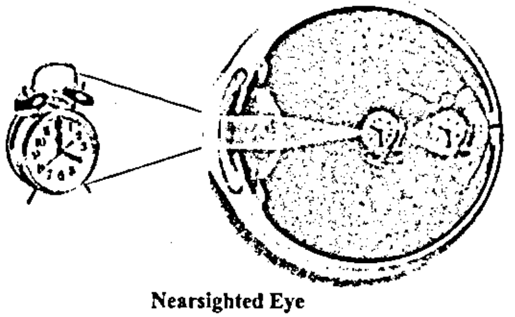
حتى تكون الأشعة الضوئية مركزة بحدة على شبكية العين يجب ان يكون لكرة العين الطول المناسب والقوة المناسبة للعدسة والشكل الصحيح للقرنية ولكن في بعض الأحيان يحدث خلل في هذه الأجزاء لتصبح غير سليمة بسبب العوامل الوراثية أحيانا او حدوث إصابة العين لحالات اعتلال الشبكية الخداجي وغياب العدسة Aphakia والجلاكوما وصغر العينين.

وتشمل أخطاء الانكسار الحالات التالية:

1. قصر النظر (Myopia):

مظاهر قصر النظر.

- كبر مقلة العين من المقدمة الى الخلف.
- تركيز الأشعة الضوئية أمام الشبكية بدلا من أن تكون عليها.

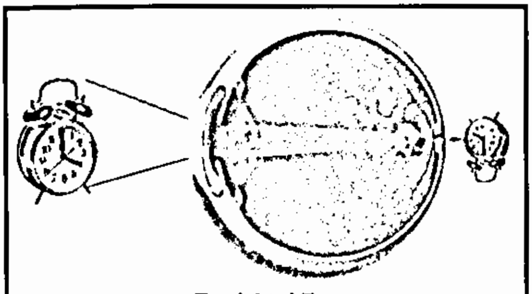


Nearsighted Eye

- المصابون بقصر النظر يتمكنون من رؤية الأشياء القريبة بوضوح أكثر الأشياء البعيدة.
- نسبة انتشاره في الأطفال أقل منها في الشباب.

العلاج: وصف النظارات الطبية والعدسات اللاصقة لتصحيح حالات قصر النظر .

2. طول النظر Hyperopia



Farsighted Eye

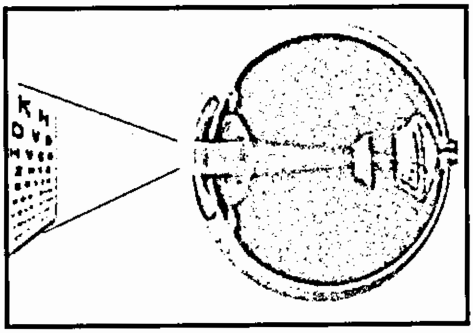
مظاهر طول النظر

1. مقلة العين قصيرة جدا من المقدمة الى الخلف.
2. تركز العدسة والقرنية الأشعة الضوئية خلف الشبكية.
3. المصابون بطول النظر يشاهدون الأشياء البعيدة بوضوح أكثر من الأشياء القريبة.
4. الأطفال في الغالب يولدون ولديهم طول نظر لان أعينهم صغيرة ولكن من نعمة الله ان لهم قوة على التركيز عالية للتحفيف من المشكلة.

العلاج:

وصف النظارات والعدسات اللاصقة لتصحيح حالات طول النظر من قبل الأخصائيين والأطباء .

3. حرج البصر (اللابئورية) Astigmatism



مظاهر حرج البصر

1. يكون سطح القرنية غير كروي تماماً.
2. عدم تركيز أشعه الضوء على الشبكية لأنه يدخل العين بزوايا مختلفة .
3. عدم وضوح الرؤية الراسية والأفقية والمائلة.
4. حدوث إجهاد للعين والاصابة بالصداع.

العلاج:

توصف النظارات والعدسات اللاصقة من قبل الأخصائيين والأطباء .

مظاهر تفاوت الانكسار في العينين

1. قوة انكسارية او قدرة انكسارية غير متساوية التركيز .
2. عين واحدة قد يكون لديها قصر نظر والأخرى طول نظر.
3. قد تصاب إحدى العينين بالغمش المبكر.
4. يقوم الدماغ بتجاهل المعلومات المرسلة من العين الضعيفة.

العلاج:

وصف عدسة للعين أكثر قوة من الأخرى وذلك للمحافظة على توازن القوى الانكساريه العينين.

ج. الأسباب الناتجة عن القصور البصري القشري Cortical visual impairment.

الوصف:

- تلف في القشرة البصرية من الدماغ.
- عدم مقدرة استقبال وتفسير المعلومات القادمة من العين بشكل مناسب.
- انخفاض في حدة البصر او الكف البصري الكلي.

الأسباب:

1. نقص الأكسجين الواصل الى الدماغ في حالات الولادة أو جراحة القلب أو حالات استسقاء الدماغ أو الجلطات الدماغية أو الإصابات والصدمات.
2. مع تقدم القمر قد يصاب الشخص بمرض مخي وعائي يؤدي إلى فقدان الوظيفة المخية للإبصار.
3. قد يحدث كف بصري قشري مؤقت ناتج عن انسداد الوعاء المخي نتيجة الجلطات أو احتشاء عضلة القلب

العلاج:

لا يوجد علاج طبي للقصور البصري القشري علما بان التدخل المبكر في للتقليل من الأثر الناتج عن نقص الأكسجين أثناء حالات الولادة او جراحة القلب ...الخ مهم جدا في تحسن حالة الطفل مع تقدم العمر.

د. **الأسباب الناتجة عن اضطرابات رؤية اللون Disorders of Collar vision**

وهذا قد يحدث نتيجة لأسباب وراثية او أسباب بيئية مكتسبة ويوجد منه ثلاثة أنواع رئيسيه.

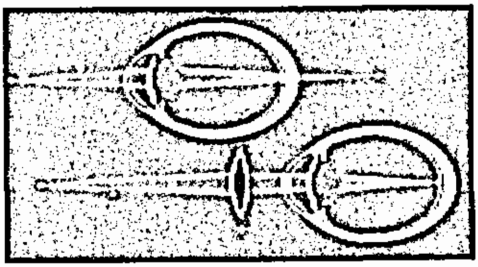
1. اختلاف الرؤية اللوني الأولي (ضعف الأحمر والأخضر) وهذا يحدث عن نقص المخاريط الحمراء ورؤية فقط الأخضر والأزرق.
2. اختلال رؤية الأخضر وهو ناتج عن نقص المخاريط الخضراء ورؤية فقط الأحمر والأزرق.
3. اختلاف رؤية الازرق وهو ناتج عن نقص المخاريط الزرقاء ورؤية فقط الأحمر والأخضر.

ه. **الأسباب الناتجة عن عيوب المجال البصري Visual Field Defects**

تنتج عن فقدان أي نقطة محدودة في المجال البصري وهذا يعتمد على تداخل الالياف مع النقطة المحدودة .

و. **أسباب ناتجة عن اضطرابات لآلية الإبصار عند الفرد Disorders of Visual mechanism وتشمل :-**

1. طول النظر الشيخوخي :Presbyopia



التعريف:

القدرة المنخفضة في التركيز على الأشياء في مسافات قريبة او فقدان قدرة عدسة العين على رؤية الأجسام الأقرب من 6 أمتار.

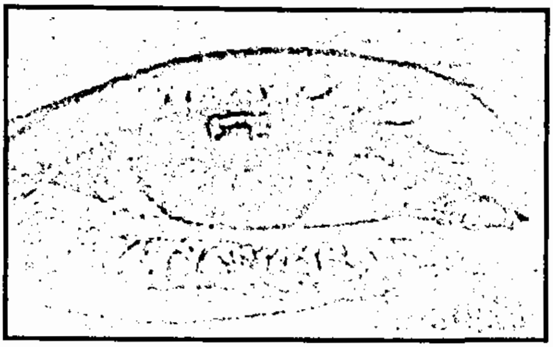
الأسباب:

قساوة وقلة مرونة العين نتيجة تقدم العمر .

العلاج:

استخدام العدسات الطبية اللازمة.

2. التهاب الملتحمة Conjutivitis



التعريف:

التهاب معد يصيب الغشاء الذي يغطي السطح الداخلي لجفن العين والسطح الخارجي لكرة العين مما يؤدي الى احمرار الطبقة الصلبة وحرق الإحساس للضوء او احمرار الصلبة والحكة والإفرازات الزائدة (القذى).

الأسباب:

1. تعرض العين للأشعة فوق البنفسجية كما في كف البصر الثلجي.
2. الحساسية لغبار اللقاحات والأدوية والأطعمة والدخان.
3. الحساسية لبعض أنواع البكتيريا والفيروسات.

العلاج:

1. تظليل العين من الضوء الشديد وترك المجال لشفائها مع الزمن.
2. استخدام بعض أنواع الأدوية (البكتيرية او المضادات الحيوية)

3. التهاب القرنية Keratitis:

التعريف:

التهاب يصيب القرنية قد يؤدي الى الاحمرار في العين ولألم الحاد والدموع وعوق البصر والحساسية للضوء وازدواجية سطح القرنية مما يؤدي الى ضعف او كف البصر.

الأسباب:

1. إصابات العين بالفيروسات أو البكتيريا أو الفطريات.
2. كشوط القرنية الناتجة عن العدسات اللاصقة أو الإصابات .
3. مرضى السكري الذين لديهم وظائف دمعية ضعيفة والذين يستخدمون علاج Corticostcraid.

العلاج:

1. التهاب القرينة الفيروسي يعالج بالأدوية الطبية.
2. التهاب القرينة البكتيري يعالج في المستشفى من خلال المضادات الحيوية والكورتيزون.
3. التهاب القرنية الفطري يعالج بالمستشفى والعلاج بالمضادات الحيوية.
4. التهاب الجسم الهدبي.Cyelitis

التعريف:

التهاب يؤدي إلى التهاب في القزحية يصاحبه الم وتقلص البوبؤ والبصر غير الواضح والحساسية الضوئية واحمرار العين.

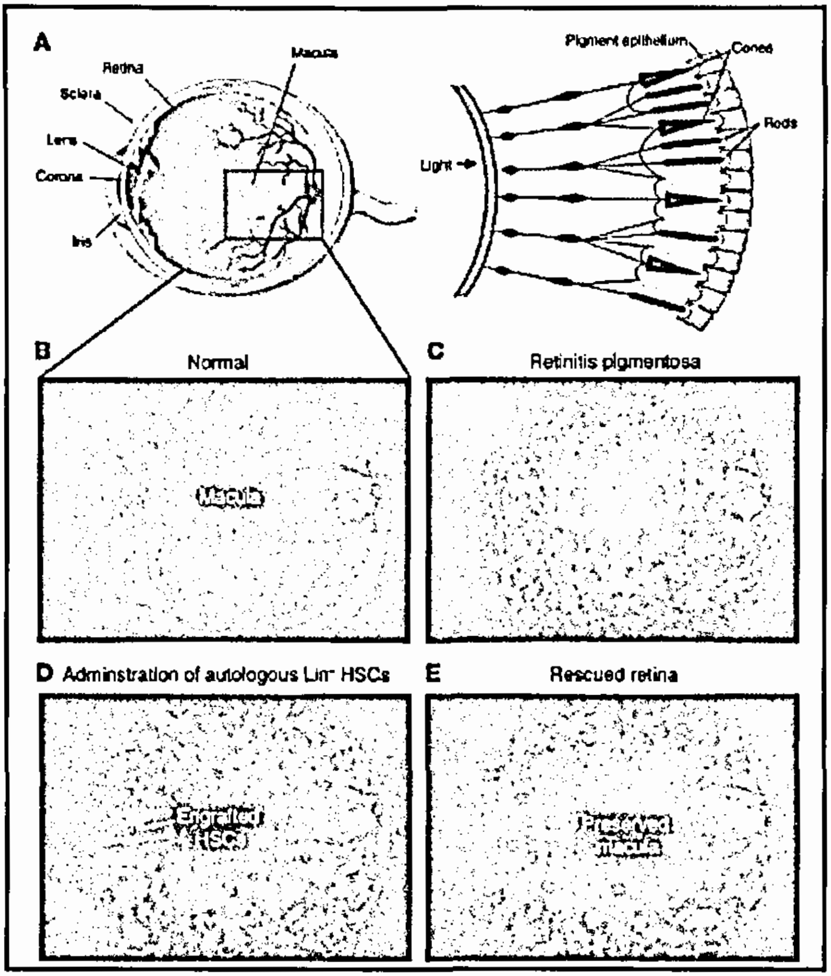
الأسباب:

1. التهاب الطبقة الوعائية البصلية Uveitis
2. اضطرابات الجيوب.
3. الإصابة بالفيروسات.
4. قد يصاحب أمراض أخرى مثل الزهري.

العلاج:

يعالج باستخدام الأدوية والقطرات الخاصة للعين من قبل أخصائي العيون.

5. التهاب الشبكية الصباغي Retinitis Pigments



التعريف :

مجموعة من الإمراض الموروثة تؤدي الى تنكس شبكية العين يصاحبه تنكس صبغي محيطي وفقدان البصر في المجال البصري المحيطي وكف بصر ليلي.

الأسباب:

- ينتج عن عوامل وراثية ونقصان فيتامين A.

العلاج:

لا يوجد علاج مستخدم لغاية الآن لهذا الالتهاب.

تأثير الإعاقة البصرية على جوانب النمو المختلفة للفرد المعاق بصرياً

تأثير الإعاقة البصرية على النمو النفسي الحركي.

1. بطيء في النمو الجسدي مقارنة مع الأطفال العاديين.
2. يعتمد تطور النمو الحركي على زمن حدوث الإعاقة البصرية فكلما كان زمن الإعاقة البصرية متأخرا كلما كان النمو الحركي أفضل.
3. نقص فرص اكتساب المهارات الجسمية وعرقلة التطور الحركي.
4. نقص من تآزر اليد وتطور الحركات الدقيقة ونقص الدافعية.
5. محدودية في استخدام العضلات الضرورية والضبط الجيد للجسم وتدني المقدرة على اكتشاف البيئة .
6. محدودية في التعلم عن طريق التقليد (التعلم البصري).
7. القيام بأفعال تكرارية غير هادفة والإثارة الذاتية غير الهادفة (السلوك النمطي) مثل الضغط على العين بالإصبع او فرك العينين او هز الجسم للأمام والخلف.
8. ضعف الوصول الى الأشياء.
9. ضعف في الحركة.
10. وضع اليدين في خط الوسط للجسم من اجل التآزر.

تأثير الإعاقة البصرية على النمو المعرفي

1. يكتسب الطفل المعرفة المكانية عن بيئة في يخص بتنوع الخبرات ومقرها ومجال الحركة والتنقل وضبط البيئة والسيطرة عليها.
2. صعوبة في تمييز الطفل لنفسه عن الآخرين.
3. صعوبة في الوصول الى الأشياء الصغير جدا او الكبيرة جداً من الأشياء البعيدة.
4. صعوبة في عمليتي التمثل والمواءمه (مرحلة ما قبل العمليات).
5. صعوبة في مفهوم اللون والعلاقات المكانية.
6. صعوبة في مفهوم الوقت والمسافة.
7. صعوبة في تطور بعض المفاهيم والتي يفيد انتقاله من مرحلة العمليات الملموسة (الطفولة الوسطى).

8. قد يكون هناك بطء في النمو الغوي.
9. اقل قدرة على التخيل.
10. صعوبة في معرفة العلاقة بين الأشياء.
11. نقص الطموح والإصابة بالإحباط.
12. الضعف البصري قد يؤثر على النمو العقلي للفرد (الذكاء).

تأثير الإعاقة البصرية على النمو العاطفي والاجتماعي

1. لا تؤثر الإعاقة البصرية بحد ذاتها وبشكل مباشر على النمو الاجتماعي بل تترك أثرا يؤثر على ديناميكية النمو الاجتماعي.
2. يحتاج الطفل المعاق بصريا الى مدخلات حسية غير المدخلات البصرية لكي يتمكن من اكتساب مهارات تناول الطعام وارتداء الملابس.
3. غياب البصر يؤثر على التعلق الاجتماعي بالآخرين مما يصاحب ذلك خوف من الغرباء.
4. صعوبة كبيرة في التعرف على الناس الذين يرتبط بهم المعاق بصريا.
5. شعور بان الآخرين لا يهتمون به وكذلك تأثر علاقة الطفل المعاق بصرياً بوالديه.
6. شعور الطفل المعاق بصريا بعدم القدرة على التحكم ببيئته.
7. اهتمام الطفل المعاق بصريا بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجي.
8. عدم الشعور بالأمن عند محاولة اكتشاف البيئة.
9. عدم القدرة في تطوير أساليب فعالة للتعامل مع الأشياء من حوله بشكل مستقل.
10. تأثر الاتصال الوثيق والتعلق بالأم نتيجة غياب الرؤية .
11. تأثر عملية التميز عن الآخرين وغياب الانتقائية وردود الفعل المميزة عند التعامل مع الغرباء.
12. تأخر في استخدام الاتصال غير اللفظي والحفاظ على قبول الآخرين.
13. الانعزالية في حالة المراهقة.
14. تطور الاعتمادية لديه أثناء انتقاله من الأسرة الى المحيط الخارجي (المجتمع).

تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي

1. النمو اللغوي للمعاق بصرياً يكافئ النمو اللغوي للطفل المبصر.
2. لدى المكفوف لا وقعيه لفظية (لان المكفوف يعيش في عالم غير واقعي يصفه له المبصرون).
3. عدم تطور اللغة غير اللفظية التي يتواصل بها الناس أحيانا مثل هز الرأس والتعبيرات الوجه ووضع الجسم.
4. نقص في الإبعاد البصرية للتواصل.
5. قد يكون هنالك تأخر لغوي وفرط في الكلام.

التقييم التربوي والنفسي للمعاقين بصريا

أشارت الحديدي (2002) إلى أهداف عملية التقييم للمعاقين بصريا كما يلي:

1. الكشف عن حالات الإعاقة البصرية والتعرف عليها.
2. التعرف على نواحي التعلم الضرورية لتحديد ماذا وكيف يدرس الطالب.
3. التعرف على مدى حاجة الفرد الى الخدمات التربوية الخاصة.
4. تقويم أداء الطالب للتعرف على طبيعة التغير الحاصل لديه نتيجة استخدام الأساليب التدريسية الخاصة والأدوات والوسائل التعليمية (أي التعرف على مدى التقدم في حالة الطفل نتيجة تقديم كافة الخدمات التربوية).
5. الحكم على فاعلية البرنامج التعليمي والاستراتيجيات التربوية وطرق التدخل العلاجي المستخدمة.

ابعاد عملية التقييم التربوي- النفسي للمكفوفين

البعد	النواحي الأساسية في عملية التقييم
الرؤية	- الفحص الطبي للعين - قياس الوظائف البصرية - قياس فاعلية الرؤية - تقييم المعينات البصرية
الذكاء	- النمو المعرفي - الوظائف العقلية
المهارات الحسيه الحركية	- نمو العضلات الكبيرة - نمو العضلات الدقيقة - التعلم الإدراكي الحركي
المهارات الأكاديمية	- التحصل في القراءة والكتابة والحساب - النمو اللغوي - مهارات الاستماع - الاتجاهات والمفاهيم المكانية الزمن، الكم، والتسلسل
المهارات الاجتماعية الانفعالية	• الضبط الذاتي • التعلم الاجتماعي • المهارات التكيفيه • المهارات الترفيهية
مهارات الحياة الوظيفية	• المهارات اليومية • مهارات التعرف والتنقل • مهارات التهيئة لمهنته استخدام • استخدام وسائط المواصلات

أبعاد عملية لتقييم النفسي-التربوي- ضعاف البصر

البعد	العناصر
الأداء البصري	استخدام النظر في ظروف إضاءة متنوعة ولوجود مثيرات مختلفة الحجم و وبمسافات متباعدة وكذلك الاستجابة بصريا للألوان ومدى الفاعلية في استخدام البصر
الذكاء اللفظي	تطور المفاهيم ، اللغة الرمزية ، المعلومات ، حل المشكلات
الذكاء الأدائي	تفسير الصورة الرموز، معرفة الأجزاء الكلي والشكل – الخلفية والوعي المكاني
التحصيل	الاستيعاب ، القراءة والكتابة الحساب، إتقان الموضوعات الدراسية
الانفعالات	أنماط الاستجابة، أنماط التفاعل والعلاقات مع الآخرين
المهارات الحياتية اليومية	تناول الطعام والشراب، ارتداء الملابس وخلعها، العناية بنظافة الجسم، التسوق ، استخدام وسائط النقل ، المهارات لتكيفيه
النمو المهني	الميول والقدرات ، التكيف المهني والشخصي، المهارات المهنية
التعرف والتنقل	التصور الجسمي، الخرائط البيئة الداخلية، مهارات التنقل، الألعاب، الأنشطة الرياضية

قياس وتحديد أبعاد عملية التقييم النفسي التربوي سواء أكان ذلك بالنسبة للمكفوفين أو ضعاف البصر يتم من خلال ملاحظة بعض الخصائص للإعاقة البصرية من قبل الوالدين أو المعلم أو أخصائي العيون أو المهتمين والذين لهم علاقة بالطفل سواء كان ذلك من ناحية القرابة أو التعليم أو الطبيعة بالإضافة إلى انه يمكن استخدام بعض الاختبارات المصممة للمعاقين بصريا.

المواد والمعدات والوسائل التكنولوجية الخاصة للأفراد المعاقين بصريا

رموز برايل Braile

هو نظام للحروف المنقوشة الذي يتم قرأتها عن طريقة اللمس حيث تتكون الخلية من ستة نقاط حيث تعطى كل نقطة من النقاط رقماً معينا يبدأ من 1 وينتهي بـ 6 كما في الشكل التالي ونستطيع من خلال ترتيبها تمثيل كل من الأعداد والأحرف والكلمات المختصرة.

أحرف العربية بلغة برايل					
الحرف العادي	حرف برايل	أرقامه	الحرف العادي	حرف برايل	أرقامه
ا	⠁	1	ب	⠃	2،1
ت	⠞	5،4،3،2	ث	⠹	6،5،4،1
ج	⠚	5،4،2	ح	⠱	6،5،1
خ	⠭	6،4،3،1	د	⠙	5،4،1
ذ	⠮	2,3,4,6	ر	⠗	1,2,3,5
ز	⠵	1,3,5,6	س	⠎	2,3,4
ش	⠩	1,4,6	ص	⠯	1,2,3,4,6
ض	⠫	1,2,4,6	ط	⠾	2,3,4,5,6
ظ	⠿	1,2,3,4,5,6	ع	⠷	1,2,3,5,6
غ	⠣	1,2,6	ف	⠋	1,2,4
ق	⠟	1,2,3,4,5	ك	⠅	1,3
ل	⠇	1,2,3	م	⠍	1,3,4
ن	⠝	5،4،3،1	ه	⠓	5،2،1
و	⠺	6،5،4،2	ي	⠊	4،2
ى	⠕	5،3،1	ة	⠡	6،1
لا	⠧	6،3،2،1			

الآلات تكبير الأحرف والمادة والصور وغيرها Larg Print

مثل استخدام الكمبيوتر عن طريقة Data show أو الآلات التصوير التي يقوم بتكبير الصور والمواد المقروءة.

استخدام المساعدات لتحسين الرؤية Low vision aids

هناك عدة أدوات وأجهزة تستخدم لتحسين الرؤية عند ضعاف البصر ومنها :

- عن طريق استخدام العدسات أو النظارات الطبية المناسبة والتي تصرف تحت إشراف حتى طبي ومهني واختصاصي.
- استخدام أجهزة التكبير
- أجهزة التسجيل الصوتي Audio cassettes.
- أجهزة لزيادة مستوى الإضاءة illumination: باستخدام أجهزة ضوئية ذات مقاومة متغيرة تمكن من خلالها التحكم في مستوي شدة الإضاءة
- جهاز تحويل الكتابة على الشاشة إلى صوت مسموع screen Reader /speech synthesizer : وهو عبارة عن جهاز كمبيوتر يقوم بتزويد المستخدم بتغذيه راجعة من خلال تحويل المادة المكتوبة على الشاشة باستخدام لوحة المفاتيح إلى أصوات مسموعة تمكن من التأكد من صحة تم كتابة على شاشة الكمبيوتر.
- جهاز (Voice Access): وهو نظام يسمح للمستخدم بالتفاعل مع شاشة الكمبيوتر باستخدام الأوامر الصوتية بدلا من استخدام لوحة المفاتيح.
- جهاز الماسح الضوئي scanner: يتم من خلالها تحويل المادة المراد قرأتها من صورة إلى مادة مقروءة ومطبوعة بلغة بريل
- جهاز (Optical character Recognition software)
- جهاز يقوم بتحويل المادة المكتوبه بلغة برايل إلى مادة مسموعة (صوتية)
- جهاز (الكتابة بلغة بريل الكترونيا). Electronic Braille writer : وهي عبارة أجهزة الكترونية صغيرة لها لوحة مفاتيح مكونه من النقاط الستة لخلية برايل والتي يساعد المستخدم على القراءة والكتابة والتحرير للنصوص والتي يمكن توصليها مع أجهزة الكمبيوتر المحمولة (لاب توب).

- جهاز (Print – to – Braille Software) : جهاز يقوم بتحويل المعلومات الالكترونية سواء كانت (سي دي، او من الانترنت او الصورة المدخلة باستخدام الماسح الضوئي) الى مادة مطبوعة بلغه برايل عن طريق الطابعة المصممه لذلك.
- الالة الحاسبه الصوتية calculator : مزودة بلوحة مفاتيح عليها المستخدم عن طريق اللمس ويقوم بسماع العمليات الحسابية المنفذة على شاشه الآلة الحاسبة.
- القاموس اللغوي الناطق (Language master): هو قاموس ناطق للكلمات المراد البحث عن معانيها او حتى تهجيتها .
- الدائرة التلفزيونية المغلقة (Closed circuit – Television): هو جهاز يقوم بتكبير الأحرف المكتوبة بشكل الكتروني على شاشه تلفزيونية.

مهارات التعرف والتنقل للمعاقين بصريا

مهارات التعرف (Orientation): هي مهارات تساعد المعاقين بصريا لإدراك أجسامهم في الفضاء والبيئة المحيطة بهم

مهارات التنقل: هي تقنيات (فنيات) خاصة تساعد المعاق بصريا من اجل التنقل من مكان الى أخر بسهوله.

وقد صنف الزريقات (2006) مهارات التعرف والتنقل الى ثلاث مجموعات هي:

أ. **المهارات الاساسيه (علاقه الذات بالذات)**

وهي تنمية المهارات الحسيه والنمائية للطفل الكفيف والتي يمكنه من فهمه ووعيه لبيئته وتشمل المجالات التالية:

1. نمو المفهوم Concept development وتشتمل على تعلم الطفل المعاق بصريا المفاهيم التاليه:
   - مفاهيم (الحجم، الشكل ، والوظيفة) وموقع الأشياء
   - مفاهيم تخيل الجسم (المقدمة والخلفيه).
   - مفاهيم أجزاء الجسم (الأيدي، الأصابع، الأرجل،....)
   - مفاهيم الفراغ أو الحيز (كبير، قليل).
   - مفاهيم الوضع (أعلى، أدنى، خلف)

- مفاهيم القياس (قريب، بعيد)
- مفاهيم البيئيه (الارضيه،غرفه النوم، الكرسي)

2. نمو المهارة الحسية Sensory skill Development: يشمل أخذ المعلومات للمعاق بصريا بشكل أفضل عن طريق استعمال حواسهم مثل الإبصار –السمع واللمس والذوق والشم .
3. النمو الحركي : ويشمل نمو المهارات الحركية الكبيرة مثل (حركة العضلات الكبيرة والتوازن والمهارات الخاصة بالمشي والحركة) ونمو المهارات الحركية الدقيقة مثل (استعمال اليد والرسغ للقيام بالحركات المعقدة والتعامل مع الأشياء)
4. الوعي البيئي والمجتمعي (Environmental and community awareness): ويشمل تدريب المعاق بصريا على التعلم العرضي عن طريق تعريضهم الى خبرات مباشرة مع بيئاتهم.

ب. مهارات التنقل الأساسية (علاقة الذات بالاشياء) Formal mobility skills

وهي المهارات التي تسمح للأطفال المعاقين بصريا بالحركة ضمن بيئاتهم من خلال المشي بشكل مستقل وتشمل

1. مهارات حماية الذات self- protective وتشمل هذه المهارات .

- اليد العليا والساعد : (مخفف الصدمات العلوي upper bumper) : وذلك بأن يقوم الطفل بثني ساعده عند الكوع لتكوين زاوية مقدارها 120درجة بحيث يحمل الطفل ذراعه في أمام جسمه على مستوى الكتف وبشكل موازي للأرض ومع تعليق اليد أمام الكتف المعاكس وراحة اليد بعيدة عن الجسم والأصابع ممدودة ومجموعة مع بعضها البعض .
- اليد الدنيا والساعد (مخفف الصدمات السفلي lower bumper) : بحيث يقوم الطفل بمد يده الى الأسفل بما يقارب 8-6 انشات من وسط الجسم وتكون أصابعه مجتمعها مع بعضها وممدودة
- استعمال الأشياء والألعاب كمخفف للصدمات using objects and toys as bumpers : ويتم ذلك من خلال استخدام وحمل العاب ودفع الأشياء الى الأمام من أجسامهم

2. مهارات نظام الحركة الخاص motor system: ويتم ذلك من طريق أداة او مرشد يسمح بالحركة المستقلة للمعاق بصريا في بيئته ومن الأدوات المستخدمة لذلك العصا (cane) .

ج. **مهارات التعرف (علاقة الأشياء بالأشياء) orientation skills**

وتشتمل على المهارات المعرفية والإدراكية التي تمكن الطفل من تحديد وضعه وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة التي يتعامل معها وتتضمن المهارات التالية:

1. إتباع أو اقتفاء الأثر Trailing

- من خلال تكوين والمحافظة على خط مستقيم للمعاق بصريا من خلال إتباع سطح اثر طويل مثل الجدار او حافة الطاولة
- من خلال تحديد مواقع وأشياء محدودة في بيئة المعاق بصريا

2. نماذج البحث المنظمة Systematic search patterns : يقصد بها أنماط البحث المستخدمة في تحديد الأشياء او اكتشاف الفراغ وتقسم الى قسمين:

- طريقة السور المحيط perimeter: وفي هذه الطريقة يستخدم المعاق بصريا يديه لإيجاد الأشياء القريبة مثل الألعاب او الملابس.
- طريقة خط الشبكة grid line : وفي هذه الطريقة يقوم المعاق بالمشي واستعمال الجسم ككل للوصول الى النقطة المحيطة التي يتم تحديدها في الطريقة الأولى

3. تعلم مهارات القياس measurement من خلال:

- استعمال الخطوات في تقدير المسافات
- تمييز الأوقات الطويلة والقصيرة عند المشي في خط مستقيم في سرعة ثابتة
- تمييز الأوقات الطويلة والقصيرة في سرعات متنوعة في بيئة مألوفة للمعاق بصريا

4. تخيل الجسم Body image: ويشمل ذلك من خلال تمكين الكفيف من الوعي والفهم لجسمه وعلاقة ذلك بالأشخاص الآخرين والأشياء المحيطة والبيئة التي يوجد بها المعاق بصريا .

انظمة التنقل : system of mobility

1. العصي الطويلة the long cane

وهي عصا تمتد من سطح الأرض الى يد المعاق بصريا بحيث تساعده على الحصول على معلومات من بيئة التي يتعامل بها عن طريق استخدام خاصيتي اللمس والسمع .

2. الكلاب المرشدة Guide Dogs

هي كلاب تخضع الى تدريب مكثف (تحديد الأماكن وفهم الكلام اللفظي)

تقوم بمساعدة للمكفوفين في الوقاية من بعض مخاطر البيئة التي يريدها المكفوف عند دخولها او الخروج منها .

3. المرشد المبصر (الإنسان) sighted Guide

بحيث يقوم الإنسان المبصر بمساعدة الكفيف على الحركة والتنقل عن طريق تزويده بالمهارات التالية :

- مهارات المعبر الأساسية
- الممرات الضيقة
- صعود السلم او الدرج

4. أدوات التنقل البديلة Alternative mobility Devices

وهي أدوات الكترونية حديثة تساعد المعاق بصريا على التنقل وتحتاج الى تدريب المعاق على كيفية استخدامها كما أن هذه الأدوات تتوفر فيها عناصر السلامة والأمن مثل:

- walkalone
- connectient preeane
- laser cane
- sonic mobility device
- GPS Devices for Blind

البرامج التربوية للمعاقين بصريا

1. مدارس الإقامة Residential in School

وقد تكون هذه المدارس خاصة او مدارس حكومية وغالبا وفي هذه المدارس يتلقى الطلبة المعاقين جميع الخدمات التربوية بالإضافة الى إقامتهم بها

2. الصف الخاص Special class

وهو صف مجهز ومزود بالخدمات التربوية الكاملة (أدوات، معلمون، وسائل ..) وملحق بأحد صفوف المدرسة العادية وهو مخصص للمعاقين بصريا

3. غرفة المصادر Resource Room

وهي غرفة مجهزة ومزودة بمعلم التربية الخاصة ومدرب للعمل مع المعاقين بصريا او المكفوفين بحيث يذهب الطلبة الى غرفة المصادر ضمن برنامج منتظم او عندما تبرز الحاجة له.

4. المعلم المستشار Teacher –consullant model

وهو معلم تربية خاصة يقدم خدمات إرشادية واستشارية لمعلم الصف العادي والمدراء وغيرهم من فريق العمل من اجل تحقيق وإشباع حاجات الطلبة المعاقين بصريا

5. المعلم المتنقل

معلم يقوم بزيارة المدرسة والأسرة بمعدل ثلاث أيام أسبوعيا من اجل تقديم الخدمات التربوية الخاصة وتعديل البرامج التعليمية المقدمة للطلبة المعاقين بصريا .

أهمية تدريب الحواس البديلة للمعاق بصريا :

من المعروف أن الإنسان ينمو ويتطور من خلال تفاعله مع بيئته والعالم المحيط بها عن طريق المعلومات التي يتم تبادلها (استقبالها أو إرسالها) بواسطة الحواس لديه فالمعاق بصريا يحدث له خلل ونقص من المعلومات الواردة إليه والقادمة عن طريق البصر فمن الضروري القيام بتدريب الحواس الأخرى (الشم واللمس والذوق والسمع) من اجل تقليل الأثر الناتج عن هذا النقص فيما يتعلق بتطور الذاكرة البصرية والإدراك البصري للبيئة المحيطة به.

التدريب اللمسي

1. تنمية حاسة اللمس من خلال التميز بين الملموسات مختلفة درجة الحرارة
2. تنمية حركات أصابع الطفل الكفيف (المهارات الحركية الدقيقة)
3. تنمية مهارات الإدراك والتميز اللمسي والتمييز بين أشكال الأشياء وأحجامها وسطوحها .
4. تنمية مهارات ادراك العلاقة بين الأجزاء بعضها البعض والعلاقة بين الجزء والكل

5. تنمية مهارات ادراك محتويات المكان باللمس وكذلك التمييز بين المحتويات الثابتة والمتحركة
6. التدريب على تنمية مهارات الاهتداء الى الأصوات وتحديد طبيعتها .

التدريب السمعي

1. التدريب على تنمية مهارة تمييز الأصوات
2. تنمية إدراك الأصوات وتحليلها
3. تنمية مهارة تحديد اتجاه الصوت
4. التدريب على تنمية مهارة تحديد المسافة التي يصدر منها الصوت

التدريب الشمي

1. تمييز بعض الروائح المميزة في البيئة المحيطة به
2. التعرف على بعض الأماكن من خلال تمييز الرائحة المميزة لها
3. التمييز بين الطعام الصالح للأكل والطعام الفاسد

التدريب لحاسة الذوق

1. التدريب على تمييز الأذواق المختلفة من المواد الغذائية والأطعمة (مر، حلو، حامض)
2. التدريب على تمييز نقاوة الماء وعذوبته (حسب درجة الملوحة والحلاوة)

مراجع الفصل السادس

المراجع العربية

- الأشرم، رضا(2008) . صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية- جامعة الزقازيق، مصر.
- الحديدي، منى (1994). دمج الطلاب المعوقين بصريا في المدارس العادية، أبحاث اليرموك ، 597,10620-.
- الحديدي، منى (2002). مقدمة في الإعاقة البصرية. دار الفكر. عمان، الأردن.
- الزريقات، إبراهيم(2006). الإعاقة البصرية المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية، دار المسيرة، عمان- الاردن.

المراجع الأجنبية :

- Solage R.SAlomAo,et, (2009)visual impairment and blindness an overview of prevalence and Causes in Brazil,Rua Botucatu,822,04023-062,Sao Paulo,SP, Brasil.
- www.nmsbvi-k12-us
- www.vision2020,org.
- www.evenground.com
- Souder, p.(2004).A different way of seeing :youth with visual impairment and blindness

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

المقدمة
تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
النضج الانفعالي
المضطربون انفعالياً
نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية
تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً
أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية والوقاية منها
اسباب أخرى
تقييم المضطربين انفعاليا وسلوكيا
الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم
خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً
صور من الاضطرابات السلوكية والانفعالية
مراجع الفصل السابع

الفصل السابع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Emotional and Behavioral Impairment

المقدمة

لقد ظهرت الاضطرابات النفسية والسلوكية مع وجود الإنسان على وجه الأرض، وخاض بها المختصون كل حسب تخصصه، وهي قديمة متجددة ازدادت حدة مع الانفجار السكاني، والثورة العلمية، والتكنولوجية وازدحام حياة الأفراد التي لم تعد تتسع لكل ما هو جديد، وظهرت أدوات كشف، وتقييم وتشخيص كثيرة ومعقدة لا يمكن لشخص واحد القيام بها، وذلك لشدة تمايز الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات.

وسنتعرض في هذه الوحدة لمفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية بالإضافة لبعض أدوات التشخيص الحديثة، كون التشخيص هو الخطوة الأولى لاختيار استراتيجيات العلاج، ولا ننسى في الوقت نفسه أن دورنا كوننا متخصصين في التربية الخاصة ينحصر في عملية التشخيص والعلاج السلوكي كعلاج تكاملي مع العلاج الطبي الذي يقوم به الإكلينيكيون في عياداتهم الخاصة وبالمستشفيات.

ومن نافلة القول أن الكشف المبكر يؤدي إلى التدخل المبكر، مما يخفف من انتشارها والحد من أثارها، ويجعل من الفرد الذي يعاني من أحد هذه الاضطرابات عنصرا فعالا في مجتمعه.

تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والبالغين، والتي حددت من قبل الأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين، والقانونيين والمربين، واستخدمت مسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية و الانفعالية منها:

سوء التكيف الاجتماعي	Social Maladjustment
الانحراف	Delinquent
الاضطرابات الانفعالية	Emotionally Disturbances
الإعاقة الانفعالية	Emotionally Handicap
الاضطرابات السلوكية	Behavior Disorders
الاضطرابات العقلية	Brain disorders
العصاب	Neurosis

وقد تؤثر الاضطرابات السلوكية و الانفعالية على حياة الفرد بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء والتحصيل الأكاديمي، وبدون تدخل فإن الفرد سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، وسيترك المدرسة ويندمج في سلوكات ضد المجتمع، وقد أثبتت الدراسات أن التدخل في مرحلة المدرسة الابتدائية من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد على تحسين مستواهم الأكاديمي وتقوية علاقاتهم والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين (Hallahane &Kauffman 1996).

ولقد ظهرت تعريفات عدة للاضطرابات السلوكية والانفعالية، وتباينت هذه التعريفات؛ وذلك بسبب اختلاف تخصصات واهتمامات الباحثين، ولكن التعريف الذي حظي بكثير من القبول هو تعريف بور (Bower) الذي صدر في عام (1969) يعرف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة: بأن الأطفال المضطربين يجب أن تتوافر لديهم واحدة أو أكثر من الخصائص التالية ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية ايجابية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية.

أما كوفمان (Kauffman) فيعرف الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية وشخصية مقبولة. (القريوتي،السرطاوي ، الصمادي،1995).

النضج الانفعالي

تعتبر مسألة تحديد معايير خاصة بالانفعال والسلوك مسألة نسبية، وليس من شك في أن القيم الفردية الخاصة والنظرة الفلسفية العامة ذات أثر في تحديد تصرفات الفرد ومجتمعه، ويمكن الارتكاز إلى المزايا الشخصية التالية كمواصفات ومعايير لتحديد مدى النضج الانفعالي للفرد.

1. الاستقلالية: فالنضج الانفعالي يعني تجاوز الفرد لمرحلة الاعتماد على الغير، وهي السمة الأساسية في الطفولة إلى مرحلة يستطيع فيها الاعتماد على ذاته في اتخاذ قراراته وفقا لمفاهيمه واعتباراته الخاصة.
2. التعاطف: فالشخص الناضج انفعاليا يشارك الاخرين أفراحهم وأتراحهم برغبة وقناعة، وقادر على أن يعطي من نفسه لأسرته وأصدقائه ومجتمعه.
3. الواقعية: أي القدرة على رؤية العالم رؤية واقعية أو القدرة على التفكير العقلاني واستغلال مصادر البيئة بما فيها ذات الفرد استغلالا منتجا خلاقا.
4. الوعي على تقدير الذات: بما لا يعنيه ذلك من اتجاهات سليمة نحو الذات كأن يكون قادرا على تحديد مميزاته الذاتية بدقة، متقبلا لجميع خصائصه الذاتية ومقدر لذاته قيمتها ككائن إنساني فريد.
5. التكامل: فالفرد باعتباره كائنا إنسانيا عليه أن يختبر محيطه ويسبر أغوار ذاته عن تكوين وجهة نظر له موحدة ومتكاملة ومتناسقة عن العالم تهب المعنى لافعاله الفردية ولجميع مظاهر حياته.
6. الطمأنينة النفسية: إن تضافر النقاط السابقة بكليتها لها نتيجة حتمية واحدة مفادها الطمأنينة النفسية ولا تتاتى هذه الطمأنينة بمعزل عن البعد الديني للفرد بما يحتويه من ضوابط وبعد روحي يتمثل بمدى تشبع الفرد له.

ولا بد من ملاحظة أن هذه المواصفات والمعايير مثالية في طبيعتها لا يملكها الفرد بكليتها أو لا يملك منها شيئا، ولا شك بأن المجتمع يلعب دورا هاما في تحديد نهايات السلم الايجابية والسلبية، وليس من حق أي شخص أن يطلق الصفات جزافا على مجرد موقف عابر، فالطبيب والأخصائي النفسي هما مخولان لذلك بحسب ما يقومان به من تقييم ضمن أخلاقيات المهنة وأساسيات التعامل مع الحالات، ويعتبر تقييم ما سواهما لا يؤخذ بعين الاعتبار.

المضطربون انفعالياً Emotionally Disturbed

هو مصطلح يستخدم لتعريف الأفراد الذين لا يمكنهم السيطرة على انفعالاتهم على نحو جيد يكفي للمحافظة على سلوكهم في نطاق مقبول، ومن الممكن خدمة المضطربين انفعاليا بدرجة بسيطة من خلال وضعهم بصورة مستمرة في الفصول العادية مع تزويدهم بخدمات مساعدة يقوم بها مدرس متنقل أو مدرس الأزمات، وتستخدم بعض الولايات الأمريكية مصطلحاً آخر شبيهاً به وهو (المضطربون سلوكياً) (الشخص والدمياطي، 1994).

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية

لا توجد تقديرات دقيقة حول انتشار اضطرابات السلوك وذلك بسبب الاختلاف في استخدام التعريفات، وكذلك الاختلاف في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، ثم بسبب الاختلاف في الطريقة أو المنهجية المستخدمة للوصول إلى النسب المختلفة، فقد أشار مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1969 إلى نسبة المضطربين بين الأطفال والشباب من سن الولادة وحتى سن التاسعة عشر تبلغ 2٪. كما أشار بعض الباحثين إلى أن نسبة الإضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي 10٪ (Shea, 1978).

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين نسب انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الذكور مع نسب الانتشار لدى الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسب انتشار الاضطرابات السلوكية لدى الذكور تفوق نسبة انتشارها لدى الإناث حيث تتراوح هذه النسبة 12: حيث تختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى الذكور والإناث، فيما يميل الذكور إلى السلوك العدواني والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الإناث إلى الخجل والقلق والانسحاب الاجتماعي. (السرطاوي وآخرون، 1995).

تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً

كما أنه لا يوجد اتفاق على تعريف محدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية، أيضاً لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف، إلا أنه يمكن وضع الأفراد المضطربين ضمن مجموعات تصنيفية متجانسة طبقاً لنوع المشكلات التي يواجهونها، فقد عمد كوي (Quay) إلى وضع نظام تصنيفي متعدد، يعتمد على تقديرات الأبوين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة واستجابة الطفل على قوائم التقدير، ويتألف من أربعة أبعاد هي:

1. اضطرابات التصرف الفوضوي وعدم الثقة بالآخرين.
2. اضطرابات الشخصية: (Personality Disorders) (الانسحاب، القلق، الإحباط).
3. عدم النضج: (Immaturity) (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الأحلام، واللعب مع الأطفال الأصغر سناً، والسلوك الاجتماعي غير المناسب للعمر الزمني للطفل).
4. الانحراف الاجتماعي: السرقة الإهمال، انتهاك القانون والمجموعات المنحرفة. (يحيى، 2003، ص18).

ويصنف بعض الباحثين اضطرابات السلوك اعتماداً على شدة الاضطرابات.

1. الاضطرابات السلوكية والانفعالية البسيطة.
2. الاضطرابات السلوكية والانفعالية متوسطة الشدة.
3. الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة. (Heward and Orlansky 1998)

أبرز السمات السلوكية المشتركة بين ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

1. قصور القدرة على التعلم التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة.
2. إبداء سلوكيات غير مقبولة مقارنة بسلوك الأسوياء.
3. قصور القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها.
4. ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف العادية.
5. مزاج عام أو شعور بعدم السعادة والاكتئاب.
6. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، والآلام، والمخاوف والمشكلات المدرسية.

7. الاستمرارية والتوسع في السلوك المضطرب ما لم يعاد تشكيله بالمعالجة (Bower 1969).

أسباب الاضطرابات السلوكية و الانفعالية والوقاية منها

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية متعددة، فهناك مجموعة من الأسباب التي يمكن التعرف عليها ومجموعة أخرى غير معروفة، ولا تزال الدراسات العميقة حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جداً لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهي:

1. المجال الجسمي والبيولوجي.
2. مجال العائلة أو الأسرة.
3. مجال المدرسة.
4. مجال المجتمع.

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة:

1. المجال الجسمي والبيولوجي

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological وكذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات، أما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة والشديدة جداً، فإن هنالك أسبابا وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم، ويقول بعض المختصين أن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكات وخصوصاً لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات.

بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: الأمراض وسوء التغذية وإصابات الدماغ.

هناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً لدى الأطفال ويؤكد الباحثون على وجود منحى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية، وكذلك وجود دور للبيولوجيا في العلاج، مثلاً لا يعرف فيما إذا كان يوجد سبب بيولوجي لحالة الاكتئاب ولكن تلعب العلاجات المضادة للاكتئاب دوراً هاماً في البرنامج العلاجي، ولا يزال البحث جارياً في هذا المجال.

2. مجال العائلة أو الأسرة

يعزي الأخصائيون (أخصائيو الصحة النفسية) أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيتلهيم (Belttelheim, 1967) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلاً إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جداً يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال، وقد تحدث اضطرابات سلوكية وانفعالية عند أية أسرة، ولا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث الاضطرابات، وبالرغم من ذلك، فإن العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها تزيد من حدة المشكلة الموجودة، ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية، ضرب الأطفال، وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين.

3. مجال المدرسة

يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع افضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف و خارجه ضمن المحيط المدرسي.

للمعلمين تأثير عظيم على الطلاب من خلال تفاعلهم معهم، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها للطلبة، وكذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم وعدد مرات التفاعل مع الطلاب ونوعيته، وقد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف، أو عندما لا يراعى الفروق الفردية، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وتعتبر بعض البيئات التربوية غير مناسبة وسلبية لبعض الأطفال، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم، وعلى المدرسين الفعالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم، وكذلك البيئة التعليمية والانتباه الجيد المقصود وإلى المشاكل الموجودة، والمتوقع حدوثها.

كما أن للعلاقة بين الطلبة انفسهم أثر كبير في تحديد وتشكيل بعض السلوكات.

4. مجال المجتمع

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال، وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة (الممزقة) والشعور بفقدان الأهل، والحي العنيف ....:

كل ما سبق يمكن أن يؤدي أو يساعد على ظهور الاضطرابات عند التعرض لأية ضغوطات مثل تمزق العائلة، والوفاة، والمرض، والعنف، ولكن توجد حالات من الأطفال عاشوا في صغرهم ظروفاً صعبة، وعندما كبروا أصبحوا بالغين أصحاء، مما يؤكد أن الظروف الصعبة لا تقود دائماً إلى اضطرابات سلوكية أو انفعالية، بينما يصبح الأطفال الآخرون حساسين جداً لمشاكل الحياة وتظهر عليهم الاضطرابات، وتختلف من فرد لآخر. كل طفل هو شخص مميز بذاته، ولا توجد علاقة سببية واضحة التفسير لماذا يطور فرد معين سلوكاً مضطرباً في زمن معين، ولا يطور فرد آخر سلوكاً مضطرباً في الزمن نفسه ؟

أسباب أخرى

1. الوراثة

إن أسباب الشذوذ متعددة وقد تكون أسباباً تعود لعوامل بعيدة وأخرى آنية وقد تكون نتاج تضافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً، أما بالنسبة للوراثة، فتجدر الإشارة إلى أن الإنسان لديه 23 زوجاً من الكروموسومات تحمل الموروثات أي المكونات النوعية للنمو يرثها الفرد من أمه وأبيه بالتساوي.

إن وجود أي خلل أثناء عملية تكوين الكروموسومات أو انقسامها يؤدي إلى خلل عقلي وجسمي لدى الفرد، أي يؤدي إلى تشوهات في الجسم والنفس.

إن علماء الأجنة قد لجأوا إلى مفهوم الاستعداد الوراثي لتخطي مسؤولية النمط الوراثي المحدد ومفاد ذلك أن الموروث المشوه يعطي مولوداً مشوهاً في واحدة أو أكثر من منظومات جسمه حيث تضعف قدرته على مقاومة الاضطرابات النفسية، الأمر الذي يفقد الفرد المناعة ضد الضغوط النفسية، فيصاب بالمرض النفسي، وتلعب الوراثة دوراً هاماً في جميع الإعاقات العقلية والحركية والسمعية والبصرية وفي السلوكات الناتجة عنها عند الفرد.

2. الحرمان

يشمل الحرمان المادي المبكر والحرمان الأبوي (الأمومي): إن حرمان الطفل مادياً من الطعام والكساء واللباس على سبيل المثال: سيجعله في المستقبل طفلاً يميل إلى تملك الأشياء وبشدة وأن يكون بخيلاً في المستقبل.

ففي تجارب أحد العلماء على الفئران، قام بحرمان بعض أطفال الفئران حين ولادتها بعد فترة معينة من الطعام، بينما قدم الطعام لفئران أخرى بعد ولادتها باستمرار، وقد لاحظ نتيجة لذلك بأن الفئران التي حرمها من الطعام حين قدم لها الطعام مرة أخرى وجد بأن هذه الفئران قامت بخزن الطعام خوفاً من الحرمان في المستقبل، أما الفئران الأخرى فلم تقم بجمعه أو خزنه، أن الحرمان يفقد الفرد شعوره بالأمن والاستقرار.

الحرمان الأمومي: إن أطفال الملاجئ لخير دليل على ذلك حيث قارن الباحثون سلوك الأطفال محرومي الأم مع سلوك الأطفال غير المحرومين من الرعاية الأمومية، وتميزت صورة أطفال المؤسسات بتدهور العلاقات الإنسانية وقلة الأصدقاء وندرتهم وتخلف اللغة والجمود الانفعالي ورتابة السلوك وتكراره وسادهم الخمول وعدم قدرتهم على اشباع حاجاتهم الحيوية وعدم قدرتهم على التعلم، وقد ظهر للباحثين أن الاضطراب ينشأ في مرحلة

الرضاعة المبكرة لدى الطفل أي ما بين الشهر الثالث والسادس من العمر كما أن الإيواء الطويل في الملاجئ للأطفال يجعل الطفل رافضاً له، فقد يقود الحرمان الأمومي إلى الفصام أو الإعاقة العقلية أو العصاب، وتجدر الإشارة بأن الحرمان الأمومي يختلف من طفل لآخر ولكن تبقى له الآثار المدمرة في المجالات الذهنية والانفعالية والاجتماعية والعضوية.

3. الصدمات النفسية

إن الإنسان جسم ونفس ويؤثر كل جانب في الجانب الآخر فالإعاقات الجسدية والعقلية على سبيل المثال تؤثر في حدوث اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الفرد، وكذلك فإن المشكلات النفسية قد تقعد الفرد عن النشاطات المختلفة كممارسة الرياضة أو الجنس وغيرها.

إن الناس يتعرضون إلى تجارب وصدمات تمزق مشاعر الأمن لديهم وتؤدي إلى عدم شعورهم بالكفاية واللياقة وتدفعهم إلى الشذوذ حيث تترك هذه الصدمات جروحاً من الصعب علاجها واستجاباتهم غير المرغوبة من الأفراد المحيطين بهم وربما تعمم من قبل الأفراد على المواقف المشابهة، فتغدو مرضية تمنعهم من التكيف السوي، وهناك كثير من الحالات التي فقد فيها الأفراد والأطفال قدرتهم على الإبصار أو السمع أو النطق بسبب الصدمات النفسية التي تعرضوا لها خاصة مشاعر الخوف الشديد والرعب. (العزة، 2002).

بينما قسمت (عبيد، 2000) العوامل التي تسبب الاضطرابات الانفعالية إلى قسمين رئيسين هما (العوامل البيئية) و (العوامل البيولوجية) ووضحت أن القسم الأول وهو العوامل البيئية يندرج تحته ثلاث بيئات أساسية لها تأثير مباشر على السلوك الإنساني أولهما البيئة الاجتماعية بما فيها من عادات وتقاليد ولوائح ونظم وإمكانيات اقتصادية وثقافية وعلاقات بين الطبقات من الأجناس المختلفة داخل المجتمع، وثانيهما البيئة الأسرية المتمثلة بالأب والأم والأخوة وطبيعة العلاقة القائمة بينهم وتأثيرها على النمو الشخصي للطفل، أما البيئة الثالثة فهي البيئة المدرسية المتمثلة بالعلاقة القائمة بين الطفل من ناحية وبين زملائه ومدرسته، وبالمناهج والأنشطة واللوائح المدرسية من ناحية أخرى. (عبيد، 2000).

وهناك ثلاثة عوامل رئيسية تؤثر على البيئة الاجتماعية وبالتالي على سلوك الأفراد وهي: الفقر – التفرقة العنصرية – ووجود الأقليات ، بحيث يؤدي تواجدها في بيئة معينة إلى احتمال ظهور اضطرابات سلوكية وانفعالية بين الأفراد بشكل كبير (Kirk and Gallagher, 1980) وعناصر الاغتراب التي تتصف بها شخصية أفراد الأقليات تتصف بما يلي:

1. انعدام القوة.
2. اللامعنى.
3. غياب المعيار.
4. انعزال القيم.
5. تغريب الذات.

وفيما يتعلق بالبيئة الأسرية أوردت عبيد (2000) أن هناك عدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية والانفعالية البسيطة أو المتوسطة مثل:

1. نمط العلاقة بين الطفل والأم.
2. نمط العلاقة بين الطفل والأب.
3. نمط التربية الأسرية وخاصة أنماط التربية الأسرية المتشددة والصارمة أو الفوضوية.
4. التدليل الزائد، والحماية الزائدة.
5. الإهمال الزائد.
6. الإحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهها الأسرة.

والبيئة الثالثة والتي يمكن أن تكون من مصادر اضطرابات الطفل السلوكيةوالانفعالية هي البيئة المدرسية، ويمكن أن تكون هذه البيئة من العوامل التي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات إذا توفرت الظروف كما في الحالات التالية:

- عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الفردية الواسعة بين الأطفال في الاهتمامات والقدرات والميول.
- عدم اتباع نظم ضبط متناسق يراوح بين الشدة واللين، والاعتماد على نظام واحد يعتمد على اللين المفرط، أو الشدة المفرطة من قبل المدرس أو الإدارة المدرسية.
- عدم قيام المدرسة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي وفي نفس الوقت لا تعمل على معالجة الاضطرابات الانفعالية عند التلاميذ.

4. العوامل البيولوجية

بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانتها كعوامل مسبقة للاضطرابات الانفعالية بالرغم من الصعوبة في البرهنة على ذلك، ويمكن توضيح أثر العوامل البيولوجية في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بالنقاط التالية:

1. الحساسية الوراثية الشديدة.
2. سوء الإدراك الوظيفي للمخ أو للتلف المخي.
3. الولادة المبكرة.
4. الوراثة ودورها في تشكيل الفرد.
5. الاختلافات الجنسية.

يظهر الاكتئاب والخوف لدى الإناث أكثر من الذكور بحوالي 2-3 مرات كما أن النشاط الحركي الزائد يظهر في الذكور أكثر من الإناث بحوالي 4-8 مرات، ومدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات الانفعال عند الأطفال. (عبيد، 2000).

وحول دور الوراثة في ظهور الاضطرابات الانفعالية فقد توصلت عدة دراسات إلى ارتباط هذه الاضطرابات بوجود عوامل وراثية مثل دراسة (Morrison& Stewart, 1974) اللذان وجدا أن 20٪ من الأطفال ذوي الحركة المفرطة التي أجريت عليهم الدراسة كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من الحركة المفرطة أثناء مرحلة طفولتهم، وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك معادٍ للمجتمع بالإضافة إلى إدمانهم المشروبات الكحولية، وكذلك وجد (Faroone, 1991) وآخرون ارتباطاً قوياً بين السلوك المعادي للمجتمع لدى الأطفال وبين انتشار هذا السلوك بين أقاربهم من الدرجة الأولى.

وفي دراسة مقارنة أجراها بدرمان وآخرون (1992) على مجموعة من الأطفال وذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة وأقاربهم من الدرجة الأولى وجدوا علاقة قوية بين معاناة هؤلاء الأقارب من الاكتئاب وسلوك العداء للمجتمع واضطرابات القلق وبين قصور الانتباه والحركة عند الأطفال. (سيسالم، 2001).

وأشار (Cantwell) إلى أهمية تأثير الوراثة عندما وجد أن 35٪ من آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين أجريت عليهم الدراسة يتعاطون

المشروبات الكحولية وأنهم مصابون بالهستيريا وبالسلوك المعادي للمجتمع وكذلك أن أعمام وأخوال هؤلاء الأطفال لديهم بعض المشاكل السلوكية. (كانتويل، 1972).

إن تحديد أسباب الاضطرابات السلوكية ومن ضمنها النشاط الزائد، وعلى الرغم من الافتراضات النظرية عن الأسباب المحتملة لهذه الأعراض، إلا أنه لم تتوافر دلائل قاطعة على أن التلف المخي يرتبط بهذه الأعراض، والعديد من الدراسات اقترحت أن المستوى الضعيف من تحديد المسارات العصبية (الكيماويات التي تحمل رسائل أو نبضات عصبية خلال المخ) يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات. ومن العوامل التي تؤدي إلى مثل هذه الاضطرابات:

5. **العوامل البيئية**

مثل (المواد السامة قبل الولادة أو أثناء الولادة) والتي تؤدي إلى الأضرار التي تلحق بالمخ.

حيث تلعب الوراثة دوراً هاماً، وتظهر في عديد من العائلات ما بين 30٪ - 50٪ من الأطفال المصابين (ADHD) ضعف الانتباه والنشاط الزائد حيث يوجد لديهم أقارب أو آباء أيضا مصابين بالاضطراب.

أشارت أيضاً بعض الدراسات إلى أن النظام الغذائي قد يسبب المرض، وظهر هذا في الثمانينات حيث صنفوا الأطفال المقيدين بالنظام الغذائي بدرجة عالية وذلك بالتأثير في مقدار السكر الممتص أو المأخوذ والطعام المضاف له مكسبات طعم أو ألوان صناعية (بدير، 2004).

إذاً يلاحظ مما عرض أن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية غير محددة، فبعض الدراسات ترجع الجوانب البيولوجية والبعض الآخر من الدراسات ترجع الجوانب البيئية، وبالتالي يجب الاهتمام بكلا الجانبين في عملية الوقاية، لأننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للإضطرابات الانفعالية، أو السلوكية، فالعوامل متكاملة ومشتركة في وجود هذه الاضطرابات.

تقييم المضطربين انفعاليا وسلوكيا

أن السلوك المضطرب موجود أصلاً عند الإنسان بفطرته فالفرق بين حالة وأخرى فرق في الدرجة وليس في النوع ، وما يميزه عن غيره في مجال الاضطرابات هو شدة

الاضطرابات ووضوحه، وكما أسلفنا من قبل في تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية وما يعتريه من عدم وضوح، والتعرف على الخصائص العامة للمضطربين انفعالياً وسلوكياً، ليس بالأمر السهل، وليس من السهولة بمكان أن نطلق صفة الاضطراب على شخص ما بمجرد مقابلة أو مظهرٍ عابر، واضطراب السلوك والاضطراب الانفعالي مصطلحات تصنف مجموعة من الأشخاص الذين يُظهرون وبشكل متكرر انماطاً مختلفة من السلوك، ولكن ما المعايير التي تحدد سوية السلوك أو عدمه؟

هناك العديد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب، ومن هذه المحكات:

- شدة السلوك
- المدة الزمنية للسلوك
- تكرار السلوك
- طبوغرافية السلوك
- المعايير المقبولة اجتماعياً ومنها الجنس والعمر وربط ذلك بالثقافة العامة لمجتمع الشخص المضطرب سلوكياً وانفعالياً.
- الفترة الزمنية التي يعيش فيها الفرد.

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم

Screening, Identification, Diagnosis and Evaluation

إن الكشف والتعرف والتشخيص عبارة عن إجراءات تستخدم من قبل المهنيين للانتقال من موضوع التساؤل: هل عند الطفل مشاكل سلوكية؟ إلى موضوع أكثر تعريفاً وهو وصف التدخل المناسب، وهي عبارة عن مراحل منفصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وتقييمهم. (يحيى، 2003).

وتعتبر هذه المراحل أمرا معقدا متداخلا، تبنى عليه الاستراتيجيات العلاجية برمتها، لذا لابد من الإحاطة بالجانب النظري إحاطة تامة والتروي بإصدار الأحكام.

أولاً: الكشف Screening

وهو عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المتخصص. ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم

على مجموعة من الأطفال، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

وقد أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته خلال العقدين السابقين تركيزاً يتصف بالفعالية، وقد جاء هذا الاهتمام من خلال الاعتقاد الذي ترسخ من نتائج الأبحاث في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد على قلة انتشار اضطرابات السلوك. (يحيى، 2003).

إذ يرتبط الكشف المبكر ارتباطاً وثيقاً بالوقاية من الإعاقة، ويتطلب تنفيذ حملات توعية واسعة النطاق بغية تشجيع المجتمع على التعرف إلى الأطفال المرشحين لبرنامج التدخل المبكر، علاوة على ذلك فإن الكشف يسعى إلى فرز الأطفال المعوقين ويستهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة على اعتبار أن التدخل المبكر نحوهم قد يحول دون تفاقم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم. (الخطيب، الحديدي، 1998).

ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك أهمها:

1. تقديرات المعلمين: **Teachers Ratings**

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكيا في سن المدرسة وذلك للأسباب التالية:

- المعلمون مدربون على التعرف والتعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال.
- إن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكات المتنوعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة ومعرفة بها.
- يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.
- تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكيات الأطفال.

ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت إلى أنهم قد يكونوا متحيزين، وهذا يتضح من مقارنة تحويلات المعلمين التي يمكن أن تكون إما مبالغا فيها أو متحفظة جداً، فمثلاً يميل المعلمون إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجاً للمعلم وتأثيراً مباشراً على سير العملية التربوية في الصف. (يحيى، 2003).

لذا يجب على المعلم أن يراعي ما يلي قبل القيام بتحويل الطفل:

أ. تحديد أنواع السلوك التي تعتبر مضطربة وتستدعي الحاجة إلى التحويل.

ب. تسجيل المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال الملاحظة المباشرة والسجلات المدرسية وآراء الآباء والأقران والمصادر الأخرى (William, L, 1996).

2. تقديرات الوالدين: Parents Rating

يعتبر الوالدان مصدراً مهماً للمعلومات عن اضطرابات الطفل، ويمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات، أو من خلال قوائم الشطب أو الاستبيانات لكن هناك تساؤلات حول دقة ملاحظة الوالدين للطفل وثبات تقديراتهم، حيث يميل الوالان في كثير من الأحيان الى التحيز لأبنائهم، وعلى الرغم من ذلك فإن دورهم مهم جداً في عملية تحويل الطفل.

3. تقديرات الأقران: Peers Ratings

وهي إحدى الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات السلوكية والانفعالية. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة في كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية، ولكن قد يكون من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول وتحديده، ولكن يختلف الأمر من حالة الأطفال الأكبر سناً حيث يصبحون أقل تمركزاً حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي. كما تستخدم المقاييس السوسيومترية التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحرية فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل المبكر.

4. تقدير الذات: Self Rating

تعتبر تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على التكيف، فمن خلال تقدير الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها، وقد أشارت الدراسات إلى أن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل، والذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية، وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

5. التقديرات المتعددة: Multiple Rating

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، والتعقيدات السيكومترية لإجراءات الكشف المختلفة، جعلت عدداً من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنويع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة نمو وتطور الفرد وتكيفه.

ومن الأدوات شائعة الاستخدام التي توفر معلومات عن جميع الجوانب المتعلقة بالطفل في المواقف المختلفة A Process for in School Screening of Emotional Handicapped Children وتتضمن هذه الأداة تقديرات المعلمين والأقران والذات. (يحيى 2003).

وقد يسهم استعراض بعض الدلالات التي تشير إلى وجود اضطرابات سلوكية وانفعالية لدى الأطفال في تفعيل دور المعلمين في الكشف عنهم من هذه الدلالات:

- عدم الثقة بالنفس، عدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الأقران والوالدين والمعلمين، تدني مستوى التحصيل الأكاديمي، تباين السلوك من وقت إلى آخر، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية المفرطة، نوبات الغضب، النشاط الجسمي المفرط، عدم القدرة على التركيز والانتباه، عدم إدراك نتائج الأفعال، إظهار أنماط سلوكية غير هادفة بشكل متكرر(الخطيب، الحديدي، 1998).

التعرف والتشخيص: Identification and Diagnosis

تهدف هذه المرحلة إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال المشكوك بهم. (الروسان، 2001).

والتشخيص هو إجراء تقويمي معمق وتفصيلي يطبق على الأطفال الذين تم الاشتباه بوجود مشاكل لديهم أثناء عملية الكشف، والهدف من ذلك تحديد فيما إذا كان لدى الطفل حاجات خاصة أو لا وفي حالة وجودها تحديد طبيعتها وما هي وأسبابها إذا كان ذلك متيسراً واقتراح إجراءات التدخل المناسبة. (الخطيب، الحديدي 1998).

يجب أن تكون هذه العملية فردية شاملة، وأن تتناول جميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة الانفعالية والسلوكية عند الطفل، وأن يقوم بها فريق متعدد التخصصات يتضمن على الأقل إخصائياً لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، كما تجب مشاركة الوالدين في هذه العملية بوصفها مصدراً للمعلومات التقييميّة وهدفاً محتملاً للتدخل العلاجي. (يحيى، 2003، الخطيب، الحديدي 1998).

تتضمن عملية التشخيص الشامل للاضطرابات الانفعالية والسلوكية الجوانب التالية:

1. التعرف والتشخيص في الجوانب الطبية والبيولوجية.
2. التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية.
3. التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية
4. تقييم الجوانب الاجتماعية.

أولاً: التشخيص البيولوجي Biological Assessment

يحاول الباحثون والمعالجون منذ سنين طويلة الوصول إلى دلائل حول وظائف الدماغ والأجزاء الأخرى من الجهاز العصبي بغرض فهم الأداء النفسي الوظيفي الطبيعي والشاذ، حيث يفترض المهتمين بعلم النفس المرضي Psychopathology أن بعض نواحي العجز أو القصور النفسي قد تكون بمثابة انعكاس للقصور الجسمي. (Davison & Neale, 2001).

وقد أدى هذا الافتراض بأن المشاكل السلوكية قد تكون ناتجة عن خلل في الدماغ إلى استخدام فحوصات عصبية متعددة على مدى سنوات طويلة بهدف تشخيص هذا الخلل مثل فحص الانعكاسات، وفحص شبكية الدماغ لتقصي وجود أي عطب في الأوعية الدموية كذلك تقييم التناسق الحركي والإدراكي.

وتتوفر في يومنا هذا العديد من الأدوات والأساليب الحديثة التي تمكن الباحثين والمعالجين من ملاحظة بناء وظائف الدماغ مثل:

أ. **تصوير الدماغ: Seeing the Brain – Brain Imaging**

1. الرسم السطحي المحوري CT Scan:باستخدام الكمبيوتر ويساعد هذا الفحص في تحديد الخلل في بناء الدماغ، إذ يمر شعاع متحرك من أشعة إكس في مقطع عرضي أفقي من دماغ المريض ويتفحصه بدقة على مدى (360) درجة، هذا وتقيس الأداة أيضاً كمية الإشعاع النافذة الذي يمكن من اكتشاف الاختلافات البسيطة في كثافة النسيج، ثم يقوم الكمبيوتر برسم صورة مفصلة ذات بعدين للمقطع العرضي. ومن الممكن أن تظهر الصور الناتجة تضخم تجاويف أو بطينات الدماغ بسبب تلف الأنسجة والأورام والجلطات الدماغية.
2. وقد ظهرت أجهزة كمبيوتر أحدث تمكن من مشاهدة الدماغ الحي أثناء تأديته لوظائفه مثل جهاز Magnetic Resonance Imaging (MRI) حيث يوضع المريض

داخل دائرة مغناطيسية وتعطي إشارات كهرومغناطيسية، ثم قراءة هذه الإشارات عن طريق الكمبيوتر المتصل بالجهاز وتترجم إلى صور لأنسجة الدماغ حيث يتمكن الأطباء من خلال هذه الصور تحديد أي خلل في الأبنية الدماغية مهما كان دقيقاً.

3. كما وظهر جهاز أكثر حداثة يدعى Function MRI (FMRI)، يقوم عمل هذا الجهاز على أساس سرعة التصوير التي تمكن من قياس التغيرات الأيضية بحيث تمكن من إنتاج صور للدماغ أثناء عمله بالإضافة لبنيته، وقد أظهرت دراسات حديثة أجريت باستخدام هذا الأسلوب التشخيص أن نشاط الفحص الأمامي لدى مرض الفصام أثناء أداء مهمة معرفية أقل منه لدى الأشخاص العاديين.

4. فحص Position Emission Tomography (PET)، وهو فحص أوسع وأكثر كلفة ويقيس كل من بناء الدماغ ووظيفته، يقوم هذا الفحص على استخدام مادة تتضمن نظير مشع يتم حقنه في مجرى الدم حيث تصدر الجزئيات المشعة جسيم موجب يدعى Positron يتحد 0مع الإلكترون بسرعة، ثم تبدأ أزواج من هذه الجسيمات ذات الطاقة العالية بالاندفاع في الجمجمة من جهة إلى أخرى، وتتم متابعة تحركات هذه الجزيئات بواسطة الجهاز ثم يحللها الكمبيوتر ويحولها إلى صور ملونة تبين ما يجري داخل الدماغ، ومن الممكن أن تظهر الصورة أماكن نوبات الصرع وسرطان الدماغ والجلطات الدماغية أو إصابات الرأس ... وغير ذلك، كما يستخدم (PET) لدراسة العمليات البيولوجية غير الطبيعية المحتملة التي قد تكون سبباً للفشل مثل فشل القشرة الأمامية في دماغ مرضى الفصام في أي نشاط أثناء محاولتهم أداء مهمة معرفيّة.

ثانياً: التشخيص العصبي الكيميائي Neurochemical Assessment

ويتم التشخيص العصبي الكيميائي عن طريق تحليل المواد الأيضية للموصلات العصبية والتي تكون قد تكسرت الأنزيمات، ويمكن الكشف عن هذه المواد في البول والدم وسائل النخاع الشوكي، فمثلاً لدى المصابين بالاكتئاب نسب منخفضة من Serotonin وهي مادة ناشئة عن الأيض وتلعب دوراً مهما في حدوث الاكتئاب.

ثالثاً: التشخيص النفسي العصبي Neuropsychological Assessment:

من الضروري هنا التمييز بين عمل طبيب الأعصاب وعمل الأخصائي النفسي العصبي (Neuropsychologist)، فعلى الرغم من أن كلا الاختصاصين يتعلقان بدراسة

الجهاز العصبي المركزي إلا أن هناك فرقا بينهما وهو: أن أخصائي الأعصاب هو الطبيب المختص بالأمراض التي تؤثر على النظام العصبي مثل الخثل العضلي والشلل الدماغي والزهايمر، أما الأخصائي النفسي العصبي فهو شخص مدرب كأخصائي نفسي يهتم بالأفكار والمشاعر والسلوك بالإضافة إلى التركيز على كيفية تأثير اختلال الدماغ على السلوك.

يعمل كل من طبيب الأعصاب والأخصائي النفسي العصبي بشكل تعاوني ويساهم كل منهما في عمل الآخر بطرق مختلفة وذلك بهدف التعرف على كيفية عمل الجهاز العصبي وكيفية معالجة المشاكل التي قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة في الدماغ، وعلى الرغم من وجود الوسائل والأجهزة المتطورة لفحص وتشخيص الاختلالات الدماغية إلا أن كثيراً من هذه الاختلالات على درجة كبيرة من الدقة بحيث لا يمكن ملاحظتها مهما بلغت درجة الدقة في الوسيلة أو الجهاز؛ لهذا قام أخصائيو النفس عصبيون بتطوير اختبارات لتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية الناتجة عن خلل دماغي، تدعى بالاختبارات النفسية العصبية Neuropsychological Tests.

وغالباً ما يتزامن استخدام هذه الاختبارات مع أساليب تشخيص وتصوير الدماغ سالفة الذكر، وتعتمد هذه الاختبارات على فكرة أن وظائف نفسية مختلفة مثل السرعة الحركية، الذاكرة، اللغة، تقع في مناطق أو مراكز مختلفة من الدماغ لذا فإن نواحي الضعف في الأداء على اختبار معين يمكن أن تعطي تلميحات حول موقع الخلل في الدماغ.

أ. Halsted – Reilan Battery (تعديل بطارية هيلستد):

أحد الاختبارات النفسية العصبية هو تعديل (Reilan) لسلسلة اختبارات طورت سابقاً من قبل (Halsted) ويتعلق كل اختبار من هذه السلسلة بوظيفة مختلفة وتتضمن هذه البطارية أربع اختبارات:

1. اختبار الأداء اللمسي – الوقت: Tactile Performance Test – Time : وبه يحاول المريض وعيناه مغطيتان أن يضع مكعبات مختلفة الأشكال في أماكنها الصحيحة على لوحة الأشكال باستخدام اليد والمسطرة أولاً ثم الأخرى وفي النهاية كليهما.
2. اختبار الأداء اللمسي – الذاكرة: Tactile Performance Test- Memory : بعد الانتهاء من الاختبار المؤقت السابق، يطلب من المشارك أن يرسم شكل اللوحة من

الذاكرة، وإظهار المكعبات في أماكنها الصحيحة، ويقيس هذان الاختباران الخلل في الفص الجداري الأيمن (Parietal Lobe).

3. اختبار التصنيف: Category Test: وبه تعرض على المريض صورة مرقمة على الشاشة، ثم يقوم المريض باختيار رقم من أربعة بالضغط على زر، ثم يشير صوت جرس إلى كون الاختيار صحيح أو خطأ، ويقيس هذا الاختبار القدرة على حل المشكلات وبالتحديد القدرة على استخلاص مبدأ من بين عدد كبير من الأحداث غير اللفظي ويشير العجز عن الأداء في هذا الاختبار إلى خلل في الدماغ.

4. اختبار فهم أصوات الكلام: Speech Sound Perception Test : وبه يستمع المشارك إلى سلسلة من الكلمات التي لا معنى لها، وتتألف كل كلمة من مقطعين مع صوت e في الوسط ثم يطلب منه اختيار الكلمة التي سمعها من بين مجموعة بدائل، يقيس هذا الاختبار وظيفة الفص الأيسر وخصوصاً المنطقة الصدغية والمنطقة الجدارية.

ب. بطارية اختبارات لوريا نبراسكا Luria-Nebraska Battery

تعتمد الاختبارات الشائعة الاستخدام على عمل العالم الفرنسي Luria (1902-1977) وتتكون من (169) فقرة موزعة على أحد عشر قسماً بهدف التعرف على المهارات الحركية الأساسية المركبة مثل قدرات الإيقاع، الخطو والمهارات اللمسية Tactile والإحساس بالحركة Kinesthetic والمهارات اللفظية والمكانية، واللغة الاستقبالية والتعبيرية، ومهارات القراءة والكتابة والحساب، وعمليات الذاكرة، والقدرة العقلية.

تساعد الدرجات على هذه الأجزاء بالإضافة إلى درجات الفقرات الإثنين والثلاثين التي وجد أنها الأكثر تميزاً والتي تشير إلى الإعاقة ككل، في الكشف عن الخلل في الفص الأمامي والصدغي والمنطقة الحس حركية، والمنطقة الجدارية في مؤخرة الدماغ (القالية).

من الممكن تطبيق بطارية لوريا – نبراسكا في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحها درجة عالية من الصدق، كما يوجد لهذا الاختبارات صور مكافئة.

ويعتقد أنه باستخدام اختبارات لوريا – نبراسكا في غضون ساعتين ونصف وتتضمن طريقة تصحيحها درجة عالية من الصدق، كما يوجد لهذا الاختبارات صور مكافئة.

ويعتقد أنه باستخدام اختبارات لوريا – نبراسكا يمكن التعرف على آثار الخلل الدماغي التي من الصعب الكشف عنها عن طريق الفحوصات العصبية، وتتمثل نواحي

العجز في المجال المعرفي أكثر منها في المجالات الحسية الحركية التي تركز عليها أساليب التشخيص العصبية (مثل تشخيص الانعكاسات).

ومن مزايا اختبارات لوريا – نبراسكا أيضا، إمكانية ضبط مستوى التعليم وبهذا فإن الأشخاص الأقل تعليماً سوف لا يحصلون على درجات أدنى بسبب خبرتهم التعليمية المحدودة فقط.

وقد وجد أن النسخة المعدة للأطفال ذوي الأعمار (8–12) عاماً، ذات فائدة في تشخيص الخلل الدماغي وتقييم نقاط القوة والضعف لدى الأطفال.

رابعاً: التشخيص النفسي الفسيولوجي Psychophysiological Assessment

يهتم هذا الجانب بالتغيرات الجسمية التي تصاحب المواقف النفسية، مثل التغير في معدل نبضات القلب، التوتر العضلي، تدفق الدم في أجزاء متعددة من الجسم، كذلك الموجات الدماغية، وتستخدم هذه كمقاييس لدراسة التغيرات الجسمية عندما يكون الفرد خائفاً أو مكتئباً أو متخيلاً أو يقوم بحل معضلة وهكذا ...

إن هذا النوع من التشخيص غير فعال لاستخدامه في التشخيص لكنه قد يزود بمعلومات مهمة مثلاً: عند استخدام أسلوب التعرض Exposure لمعالجة المريض بالقلق، سوف يكون من المفيد معرفة إلى أي مدى يمكن أن يظهر المريض إثارة عند تعرضه للمثير الذي يسبب القلق، والمرضى الذين يظهرون مستويات أعلى من الإثارة الجسمية قد يكون لديهم مستويات أعلى من الخوف، وهذا يؤدي إلى التنبؤ بفائدة أكبر للعلاج.

ويتم قياس نشاطات الجهاز العصبي اللاإرادي غالباً عن طريق مقاييس كهربائية وكيميائية بهدف فهم جميع العواطف، وأحد المقاييس المهمة هو مقياس نبض القلب، فكل نبضة قلب تحدث تغيرات في الجهد الكهربائي والتي يمكن تسجيلها عن طريق جهاز تخطيط القلب Electrocardiogram ECG ومقاييس Electrodermal Responding والذي يقيس زيادة نشاط غدد السكر التي تشير إلى الإثارة السيمبثاوية اللاإرادية، وهي مقياس للإثارة الانفعالية، كما يسمح التقدم التكنولوجي الآن للباحثين في دراسة التغيرات في ضغط الدم في مجرى الحياة الاعتيادية وذلك عن طريق آلة محمولة يرتديها المشاركين وتسجيل الضغط أتوماتيكياً مرات عديدة خلال اليوم، وبإرفاق تقارير ذاتية مع هذه المقاييس يستطيع الباحثون دراسة كيفية تأثير الأمزجة على ضغط الدم.

كما يمكن قياس نشاط الدماغ عن طريق جهاز تخطيط الدماغ Electroencephalogram EEG حيث يشير النشاط الكهربائي غير الطبيعي إلى الصرع، كما يساعد في تحديد أماكن الآفات الدماغية الأخرى.

تستخدم هذه المقاييس بشكل كبير في البحث في علم النفس المرضي، ويكون التشخيص أدق أثناء حدوث السلوك أو النشاط المعرفي، فمثلاً تتم دراسة الاستجابة النفسية الفيزيولوجية لدى مرض الوسواس القهري Obsessive-Compulsive أثناء عرض مثير مثل القاذورات والذي قد يستجر السلوك المشكل. (Davison & Neale, 200, p.97).

ثانياً: التعرّف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية والتربوية

Identification and Diagnosis in Educational Settings

تتضمن هذه العملية استخدام اختبارات تربوية ونفسية ملائمة ومتوفرة بالإضافة إلى الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، كما يجب أن تؤخذ ملاحظات الوالدين والمعلمين وتقديراتهم بعين الاعتبار، وقد طالب القانون العام 142 – PL 99 بأن تتصف الاختبارات وأدواتها بما يلي:

1. أن تكون لغة الاختبار بلغة الطفل المحلية (اللغة الأم).
2. أن تكون صادقة بحيث تقيس الأهداف ما وضعت لأجله.
3. أن تكون هذه الاختبارات مؤهلة لقياس مناطق محددة للحاجات الأكاديمية عند الطفل. (يحيى، 2003).

الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية:

تتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية: التحليل، الملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم واختبارات الذكاء والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي والتربوي.

1. تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصفية: Analysis Settings

إن عملية تحليل الظروف الصفية مهمة في عملية التقيم والتشخيص لسببين حيث إنها تساعد في:

أ. تحديد فيما إذا كانت البيئة الصفية متعلقة بالمشكلة.

ب. تغيير العوامل التي ظهر أنها مؤثرة بشكل كبير وفعال في ظهور السلوك المضطرب عند الطفل من خلال إجراء التدخل المطلوب.

أما بالنسبة للعوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من خلال الملاحظة المباشرة لغرفة الصف فهي:

أ. عدد الطلاب في غرفة الصف: إن عدد الطلاب الكبير داخل غرفة الصف قد يؤثر على أداء المعلم، ويزيد الضغط عليه ولن يمكنه من إعطاء التوجيهات الفردية لطلابه، ويزيد من مستوى الضجيج في غرفة الصف.

ب. المساحة داخل غرفة الصف: إن طبيعة ترتيب المقاعد داخل غرفة الصف سيؤثر على عملية التفاعل ما بين المعلم والطلاب، فوضع المقاعد على شكل خطوط مستقيمة تجعل التفاعل ما بين الطلاب والمعلم بشكل فردي، بينما المقاعد بشكل U سيزيد من التفاعل بين الطلاب، كما يجب أن تؤخذ طبيعة الطفل بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الصف، وموقع مقعد الطفل بشكل فردي أيضاً مهم، فالعزلة الجسدية لمقعد الطفل عن مجموعة الصف سوف تولد عنده مشاكل اجتماعية، كذلك إذا كان مقعده في موقع قريب من الباب أو قرب طلاب يمثلون نموذجاً سلبياً له، فإن ذلك قد يعود على المعلم بمشكلات هو بغنى عنها.

ج. طبيعة المقاعد: إن المقاعد المريحة مهمة جداً، إذ يجب أن يكون حجم المقعد ونوعه مناسبين بالنسبة للطفل الذي يعاني من الحركة الزائدة، فإن لم يكن المقعد ملتصقاً بالطاولة يعتبر مشكلة. (قبالي 2004).

2. الملاحظة المباشرة للسلوك: Direct Observation of Behavior

تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، وتكون أهمية المعلومات التي تجمع بهذه الطريقة أن السلوك الفردي دائم التبدل والتغير، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلماً ما داخل غرفة الصف نفسه مع معلم آخر نجد أن سلوكه لا يتصف بالتعاون.

3. الملاحظة المنظمة: Structured Observation

هي طريقة لقياس السلوك كمياً، وتتضمن أقصى درجات التنظيم حيث تهتم بالتنظيم المسبق للتصنيفات أو الفئات قيد الملاحظة، وتكون التقارير في هذه الطريقة عبارة عن سجل

موضوعي لأنواع سلوك ملاحظة محددة، تتضمن الملاحظة المنظمة استخدام عدد من برامج التسجيل، ويعتمد استخدام الملاحظ للبرنامج على نوع البيانات التي يرغب في جمعها:

فقد يعتمد التسجيل على الوقت (التسجيل في فاصل زمني محدد)، أو على الحدث (انتظار حدوث حدث معين وملاحظة نوعه).

1. **قائمة شطب المشاكل السلوكية لـ (كوي وبيرسون)**

Behavior Problems Checklist (Quay & Peterson 1967)

وتستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين، وتقيس أربع أبعاد للمشاكل السلوكية وهي:

أ. الاضطرابات السلوكية مثل العدوان.

ب. اضطرابات الشخصية مثل الانسحاب.

ج. عدم النضج.

د. الأنماط الثقافية والاجتماعية.

2. **دليل بريستول للتكيف الاجتماعي لـ (مارستون)**

Bristol Social Adjustment Guides (Marston 1970)

تطور هذا المقياس لتقييم المشاكل السلوكية عن الأطفال واليافعين من الأعمار (5-16) سنة، بحيث يستخدم في البيئة المدرسية، ويمكن تطبيق وتفسير العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي والمعلم، ويمكن أن يستخدم كأداة للكشف، وله استخدامات أخرى مثل وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينيكي بشكل له معنى وكأساس للجلسات الإرشادية، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي وفي تطوير الأبحاث.

3. **مقياس بيركس لتقدير السلوك Burks Behavior Rating Scale:**

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك وهو من المقاييس البارزة في تشخيص المضطربين سلوكياً وانفعالياً، صممه بيركس عام (1975-1980) بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، ويتألف هذا المقياس من (110) فقرات موزعة على 19 مقياساً فرعياً، وقد تحققت للمقياس في صورته الأصلية دلالات صدق وثبات مقبولة، وقد جرى تطوير هذا المقياس في البيئة البحرينية. (القريوتي وجرار 1987، ص156). وقد استخرجت له دلالات صدق وثبات مقبولة أما المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس فهي: الإفراط في لوم الذات، الإفراط في القلق، الانسحابية الزائدة، ضعف

الأكاديمي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضبط مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي. (الروسان، 2001).

4. مقياس السلوك التكيفي التابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

والذي أعد من قبل (نهيرا وزملاؤه، 1959) ويهدف إلى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعوقين عقلياً والمضطربين انفعالياً، ويتكون هذا المقياس من قسمين رئيسين: يتعلق القسم الأول بالسلوك التكيفي، وغُطي بتسعة أبعاد رئيسية تضمنت 56 فقرة، أما القسم الثاني فيتعلق بالسلوك غير التكيفي، والذي غُطي في أربعة عشر بعداً تضمنت 44 فقرة، وقد تم تطوير المقياس في عدد من البلدان منها الأردن. (الروسان، 1981).

5. اختبارات الذكاء Intelligence Testing:

وتستخدم هذه الاختبارات في التقييم التشخيصي؛ لأنها تزودنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل ولقياس قدرته العقلية، ومن أكثر الاختبارات المستخدمة في قياس القدرة العقلية هو مقياس (ويكسلر)، حيث يمكن قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت ضمن اختبارات (ويكسلر) الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة. (الروسان، 1997).

ثالثاً: التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية

Diagnostic Evaluation in Mental Health Setting

إن الهدف من وراء التقييم هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل وأسرته، ويتم الكشف عن هذه الصراعات من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية أو من خلال الاختبارات النفسية، أو من خلال الأخصائي الاجتماعي في مقابلات الوالدين.

1. المقابلات الإكلينيكية Clinical Interviews:

المقابلة الإكلينيكية عبارة عن إجراء متكامل لأي تقييم نفسي، وتقدم مصادر غنية من البيانات وتقسم المقابلة الإكلينيكية إلى:

أ. المقابلة شبه التركيبية: تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات حول مظاهر عالم الطفل بحيث يحتفظ الإكلينيكي بالأسئلة حول ما يريد معرفته من حديث الطفل، وهنا لا يوجد حاجة لوضع أسئلة مخططة، ويجب الحصول على نموذج واسع من المشاعر والاتجاهات، وملاحظة علاقة هذه المشاعر بالمواقف والشخاص والذات، ويجب على المقابل أن يضع الطفل بموضع مريح، وأن يراعي وقت المقابلة ومكانها، وأن يقيم علاقة تتصف بالألفة معه، وأن تكون الحادثة بحرية وبنهاية مفتوحة، وأن يتصف المقابل الإكلينيكي بالتكيف مع استجابات الطفل.

ب. المقابلة ذات النهاية المفتوحة: تستخدم هذه المقابلة في معرفة رأي الطفل بالشكاوي والضغوطات والبيئة المألوفة له مثل البيت، والأقران، والمدرسة، والنوم، والأكل، ورأيه في نموه، وتاريخه، وما هي خططه للمستقبل؟ قبل البدء في المقابلة يقدر الأخصائي النفسي ما الذي سيتم إخبار الطفل عنه فيما يتعلق بوضع الاختبار؟ وما رأي الطفل بذلك؟ وكيف يشعر حول المشكلة؟ ويجب على المقابل أن يبدأ بالأسئلة التي تتم الإجابة عنها بشكل تلقائي (مكان السكن، الولادة، السن).

وعند مناقشة الطفل والاستماع لشكواه، سيقود هذا بسهولة إلى إعطاء وصف دقيق عن الحياة اليومية له، ويمكن الحصول على المعلومات من خلال المحادثة غير الرسمية معه.

ويمكن إضافة مجموعة من الاختبارات إلى المقابلة الإكلينيكية للأطفال، لأن الطفل سيبدأ بإظهار نظرته للواقع بعد تحقيق الألفة بينه وبين المقابل.

تتطرق أسئلة المقابلة الإكلينيكية إلى موضع من مثل (ديناميكيات الأسرة، الانفعالات، الخبرة المدرسية الأكاديمية، الصحة الجسمية، العلاقة مع الزملاء، الوالدين، الذات).

2. الاختبارات النفسية: Psychological Testing

تستخدم هذه المجموعة من الاختبارات للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، لمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف، ومن هذه المقاييس:

أ. المقاييس الإسقاطية، ومنها: اختبار (رورشاخ) بقع الحبر Rorshach Spot of Ink Scale، حيث يعتبر هذا المقياس من المقاييس الإسقاطية، ويقوم على فرض الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية.

يتضمن المقياس (10) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل، ويجب أن نتأكد من أن المفحوص قد فهم المطلوب، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة (كل البقعة أم تفاصيل فقط؟). الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟) الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟).

- تحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل.
- وتوجد طريقتان لتفسير البقع:

الأولى: تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفئة العمرية التي ينتمي إليها نفسها).

الثانية: نوعية اختيار الفرد للاستجابات، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية.

ب. اختبارات الترابط الحسي: وهي عبارة عن سلسلة من الصور وقصة تصف ما يحدث في كل بطاقة، ومن هذه الاختبارات:

- تفهم الموضوع للكبار Tematic Apperception Test (TAT) عشر صور.
- تفهم الموضوع للصغار Children Apperception Test (CAT) عشر صور.

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية، بحيث تظهر في علاقات الشخصية، والترابط الحسي، وتفسير معاني البيئة.

رابعاً: التقييم التشخيصي في الجوانب الاجتماعية:

Diagnostic Evaluation in Social Setting

يقع التقييم في هذا الجانب بشكل رئيسي على عاتق المرشد الاجتماعي حيث يقوم بمقابلة الوالدين والتعرف على ظروف الأسرة من جميع الجوانب، الوضع الاقتصادي، البيئة المنزلية، الأفراد الذين يعيشون مع الأسرة كالجد والجدة، الوضع الصحي لأفراد الأسرة والأمراض المزمنة ......الخ.

مقابلة الوالدين: Parents Interview (المقابلة الأسرية)

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم، أو كلا الوالدين حيث تقيم العلاقة بين الطفل والوالدين، كذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمع خلال المقابلات كالتالي:

1. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهما.
2. تكيف الطفل مع العائلة، ومع الأطفال الآخرين في المدرسة، وتشمل أيضاً معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصيته.
3. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه، تطوره).
4. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من بقية أفراد العائلة مع الطفل.
5. معلومات عن الوالدين، ومن هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكيات والاتجاهات المطلوب معرفتها، يستطيع الوالدن تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تفيد التقييم، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب، لذا يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمهما.

استراتيجيات الإرشاد

تساعد أساليب الإرشاد الآباء على التعامل مع مشاعرهم، ويؤكد ابرامز وكاسلو (Abrams & Kaslow 1977) الحاجة للمعالجة التفاضيليه القائمة على فحص ديناميات الأسرة ومشكلات الطفل، ويقترحان مزاوجة ديناميات الأسرة بإحدى استراتيجيات المعالجة المختلفة السبع:

أ. العلاج التربوي فقط: للطفل الذي لا يعاني مشكلات انفعالية والذي تكون أسرته مستقرة وسعيدة بصورة معقولة.

ب. العلاج الفردي فقط: ويكون للطفل الذي يتعذر التأثير في والديه كأن يكونان مدمني مخدرات، يتعاطيان الكحول، أو مصابين بالذهان أو يرفضان طفلهما كلياً.

ج. الإرشاد الجماعي (الجمعي) للآباء: ويكون للآباء الذين يفلحون في تدبير أمورهم تماماً ويمكنهم الإفادة من الجلسات الجماعية التي تركّز على حل المشكلات العامة.

د. العلاج الفردي مع التدريس: ويكون للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية الذين يحتاجون إلى تدخل دراسي فردي منظم والذين لا يمكن الاتصال بآبائهم.

ه. العلاج المتزامن للطفل ووالديه مع معالجين مختلفين. ويكون للأسرة التي يعلو فيها منسوب القلق والتوتر بحيث لا يجدي معها إرشاد الطفل ووالديه معاً.

و. العلاج المشترك للطفل ووالديه مع نفس المعالج ويكون عندما يمكن أن يخضع الوالدان وطفلهما لنفس المعالج دون أن يثير نزاعات أو تنافسات بين الأطراف المختلفة.

ز. العلاج الأسري الموحّد للطفل ووالديه، وإخوانه، ويكون للأسر التي يمكنها أن تندمج في حل المشكلات في بيئة تعاونية. (الوقفي 1996).

ويقرر كلين (Klein) وزملاؤهُ لنجاح العلاج النفسي التربوي الموجه نحو الأسرة في إعادة بناء الاتجاهات الوالدية التي تؤثر سلبياً على السلوك المدرسي ويحدد أربعة اتجاهات والدية تعيق التقدم المدرسي:

1. خلل وظيفي في الاتجاهات نحو السلطة: في هذه الحالة يفوّض الآباء مكانة المعلم بإيقاع اللّوم عليه أو على المنهاج بالنسبة لمشكلات الأطفال المدرسية، ومع ذلك يطلب الآباء من الطفل الذهاب إلى المدرسة والتعلم مما يجعل الطفل يقع تحت وطأة رسالتين متناقضتين، فيصبح مشوشاً وغير مجدّ أو غير مولع بالمدرسة.

2. خلل وظيفي في الاتجاهات نحو مسؤولية التعلم:ينظر الوالدان في هذه الحالة إلى الأداء الدراسي الضعيف للطفل بأنه 'شيء لا يقلق على الإطلاق' إذ يعتقدون بأن الطفل غير مسئول عن الأداء المدرسي الكافي، وكأن الرسالة الموجهة إلى الطفل غالباً ما تكون:'واجهت بعض المشكلات في المدرسة تماماً مثلك وتخلصت منها على نحو جيد، وستنجح أنت في التغلب عليها'، ومثل هذا الموقف يؤدي بالطفل إلى عدم اعتبار العمل المدرسي مهماً، في الوقت الذي ينظر فيه بعض الآباء إلى التحصيل الدراسي كعامل حاسم للبقاء ويضعون على كاهل الطفل مطالب غير معقولة.

3. خلل وظيفي في الاتجاهات:قد يعتبر الوالدان الطفل بأنه ذو قدرات عقلية محدودة بينما هو ليس كذلك. أو قد يعتقدون بأنها مشكلة الطفل ويرفضون المشاركة في هذه المشكلة، ويخشيان أحياناً إذا تحسّن الطفل أن يتركهما خلفه فينهار تركيب الأسرة، وفي هذه الحالة الأخيرة على الطفل أن يبقي يعاني اضطراب التعلم ليتلقى حباً ودعماً والدياً مستمرين.

4. خلل وظيفي في الاتجاهات المستمدة من العامل الثقافي: قد يرجع الأطفال في ثقافة بعض الجماعات العمل الأكاديمي إلى بعد البلوغ، وقد يؤكد الوالدان بقوة في ثقافة جماعات أخرى على العمل الجاد والدراسة دون أدنى اعتبار لأهمية اللعب، ويمكن الوقوف على هذه الاتجاهات الأربعة لدى كل من المعلمين والآباء، وفي بعض

الحالات تسوّغ هذه الحالات العلاج، وفي حالات أخرى تعتبر موضوعات جيدة للنقاش في مجموعات الآباء واجتماعات الآباء والمعلمين.

خصائص المضطربين سلوكياً وانفعالياً

الخصائص النفسية والسلوكية

يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

1. اضطرابات في السلوك الخارجي (النشاط الزائد، العدوان، والجنوح).
2. اضطرابات في السلوك الداخلي (الاكتئاب،العصبية، والانسحاب)
3. اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث (الفصام، التوحد).

مفاهيم خاطئة عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية

أورد هلهان وكوفمان (1982) بعض المفاهيم الخاطئة عن الأفراد من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية وقاما بتصحيحها وهذه المفاهيم هي:

المفاهيم الخاطئة	المفاهيم الصحيحة
1. معظم الأطفال المضطربين انفعالياً يولون أهمية لملاحظات الآخرين من حولهم.	1. معظم الأطفال المضطربين انفعالياً هم عدوانيون ولا يهتمون بمشاعر غيرهم.
2. الأطفال المضطربون انفعالياً دائماً لامعو الذكاء.	2. بشكل عام القليل من الأطفال المضطربين انفعالياً هم فوق الوسط من حيث نسبة الذكاء وفي الحقيقة فإن معظم المضطربين من فئة الدرجة الوسطي والبسيطة ويتراوح ذكاؤهم حول درجة (90) ومعظم المضطربين بالدرجة الشديدة تتراوح نسبة ذكائهم حول (50) درجة وهي من فئات التخلف العقلي.
3. إن الأطفال المضطربين انفعالياً من النوع الانسحابي هم أخطر من الأطفال المضطربين انفعالياً من النوع العدواني.	3. إن الأطفال العدوانيين لديهم فرصة أقل من التكيف الاجتماعي والصحة النفسية في مرحلة الطفولة فيما أن الأطفال الانسحابيين لديهم فرصة أفضل في الحصول على عمل والشفاء من الاضطرابات وخاصة لدى المضطربين من الذكور.

المفاهيم الخاطئة	المفاهيم الصحيحة
4. معظم الأطفال المضطربين بحاجة إلى بيئة متساهلة حتى يشعروا بالتقبل من قبل الآخرين وحتى يقبلوا أنفسهم على ما هم عليه.	4. أظهرت نتائج الأبحاث بأن التعليمات الصارمة والبيئة التنبؤية العالية هي الأكثر فائدة لمعظم الأطفال المضطربين انفعالياً.
5. إن الطبيب النفسي أو الأخصائي أو العاملين الاجتماعيين هم فقط الذين لديهم القدرة على مساعدة الأطفال المضطربين للتخلص والشفاء من اضطراباتهم السلوكية والانفعالية.	5. إن معظم المعلمين والآباء يمكنهم أن يتعلموا لأن يصبحوا فعالين بدرجة عالية في مساعدة الأطفال المضطربين وحتى بدون تدريب مكثف أو شهادة مهنية.
6. إن السلوكيات غير المرغوب فيها التي نراها عند الأطفال المضطربين هي أعراض لمشكلة، فالمشكلة الحقيقية مخفية في أعماق نفس الطفل.	6. ليس هناك أساس ظاهر وواضح للشك بأن هناك أشياء ومشاكل مخفية، لأنَّ البيئة الاجتماعية وسلوك الطفل هما المشكلة الحقيقية.

.(Hallahan & Kuffman, 1982)

صور من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

لقد أورد الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية بطبعته الرابعة،، حوالي (230) نوعا من الاضطرابات النفسية موزعة على (17) فئة، وهي كما يلي مع الأمثلة Diagnostic and statistical manual Dental Disorders) (DSM)4th ed 1994

1. الاضطرابات التي تظهر في الطفولة أو المراهقة: اضطراب التعلم، والتوحد. الهذيان وعته الذاكرة وغير ذلك من الاضطرابات المعرفية، الزهايمر.
2. الاضطرابات المتصلة بالمخدرات: الادمان، الكحول، الكوكائين.
3. الاضطرابات الناتجة عن حالة طبية عامة: مثل الذهان الناتج عن الصرع.
4. الاضطرابات الذهانية: الفصام، الهلوسة.
5. اضطراب المزاج: اضطراب المزاج الرئيسي، الهوس الاجتماعي.
6. اضطراب القلق: الرهاب، الوسواس القهري، القلق العام.
7. الاضطرابات الجسمية التحولية: الاضطراب التحولي، العمى النفسي (الوظيفي)
8. اضطراب الهوس المصحوب بأعراض جسمية.
9. الاضطرابات التفككية: اضطراب تفكك الذات، إزدواج الشخصية .

10. اضطراب الهوية الجنسية، اضطراب الرغبة العارمة.
11. اضطرابات الأكل : فقد الشهية، الشره العصبي.
12. اضطراب ضبط الاندفاع: هوس السرقة، المقامرة المرضية.
13. اضطراب التكيف: اضطراب التكيف المصحوب بالطبع الاكتئابي
14. اضطراب النوم: الارق الدائم، الخدار، الهلع الليلي.
15. اضطراب الشخصية: اضطراب الشخصية اللاجتماعية النرجسية.
16. التخلف العقلي: العجز عن إعالة الذات (الوقفي 1998)

مراجع الفصل السابع

المراجع العربية

- بدير، كريمان (2004) مترجم، الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة، عالم الكتب، القاهرة.
- البسطامي، غانم، (1995) المناهج والأساليب في التربية الخاصة، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.
- البلشة، أيمن (1994) الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- البلشة، أيمن (2001) أهمية استخدام قوائم الشطب في التعرف والتدخل لحالات التوحد ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذي الاحتياجات الخاصة (فئات الإعاقة).
- الخطيب، جمال (1995) تعديل السلوك الإنساني (ط3)، الكويت، مكتبة الفلاح.
- الخطيب جمال، والحديدي منى، (1997) المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين الإمارات العربية.
- الخطيب، جمال، (2005) التدخل المبكر، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- داوود، نسيمة، حمدي، نزيه (1989) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها (مترجم) الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- سيسالم، كمال، (2001) اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة
- السرطاوي، زيدان، وسيسالم كمال، (1992)، المعاقون أكاديميا وسلوكيا خصائصهم وأساليب تربيتهم، مكتبة الصفحات الذهبية للنشر والتوزيع، ط2، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- الروسان، فاروق (1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الزارع، نايف (2003) بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- زهران، حامد عبد السلام، (1992) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2 القاهرة، عالم الكتب.
- 14.ريزو، جوزيف وزابل، روبرت (1999) تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ترجمة زيدان السرطاوي، عبد العزيزالسرطاوي، ج1، ج2.
- زهران، حامد (1992)، الصحة النفسية والعلاج النفسي،ط2،القاهرة،عالم الكتب.
- الزريقات، إبراهيم، (2004) خفايا التوحد، الخصائص والعلاج ط1، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
- الزغلوان، حسن (2001) فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة ضعف الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- زياد، محمد، (2001) التوحد لدى الأطفال، اضطراباته وتشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة للنشر.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987) المعوقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع الرياض، السعودية.
- السعد، سميرة (2001) معاناتي والتوحد. مرض التوحد، أسبابه، صفاته وعلاجه أفضل طرق التعلم، ط3، منشورات ذات السلاسل، الكويت.
- السيد عبد العزيز، أحمد زيدان (1999) تربية الأطفال المراهقين والمضطربين سلوكياً، ج1، ط1، دار البلاد السعودية.
- سليمان، عبد الرحمن (2001) إعاقة التوحد، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.24.الصباح، سهير، (1993) الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (2004) مدخل إلى علم النفس، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- عبد العزيز، السرطاوي زيدان، (1999)، تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.
- العزة، سعيد، (2002) التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، الدار العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
- عبد الله، عادل (2000) الاضطرابات السلوكية للأطفال المراهقين، القاهرة، دار النشر للطباعة والنشر.
- عبيد، ماجدة (2005) تعليم ذوي الحاجات الخاصة، دار صفا، الأردن.
- فؤاد، هالة (2001) الفلسفة لدراسات الطفولة، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- كوافحة، تيسير، عبد العزيز، عمر (2003) مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- القريوتي يوسف، السرطاوي عبد العزيز، والصمادي جميل، (1995) مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار العلم للملايين، دبي، الإمارات العربية.
- كوافحة تيسير، وعبد العزيز عمر (2003) مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان.
- القريوتي، يوسف وآخرون، (1995) المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- مرجح، ريتا (2001) التوحد: تعرف، وقاية، علاج، تأهيل، الجمعية الوطنية لحقوق المعاق في لبنان، بيروت.
- كامل، محمد (1998) الأوتيزم، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- محمد، عبد الصبور، (2003) مقدمة في التربية الخاصة، مكتبة زهران، الأردن.
- الوردان، وضحة (1996) – مترجم – التوحد مظاهرة الطبية والتعليمية، مطبعة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي، الكويت.
- الوقفي، راضي (2000) أساسيات التربية الخاصة، منشورات كلية الأميرة ثروت.

- الـوقفي، راضـي (2004)، أساسـيات التربيـة الخاصـة، ط1، دار جهينـة للنـشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- يحيى، خولة(2003) الاضـطرابات الـسلوكية والانفعاليـة،ط2،دار الفكـر للنـشر والتوزيع، عمان ، الاردن.

المراجع الأجنبية

- Hallahan, Danicl P, and Kauffman, James-2 (1982), Exceptional children: introduction to special education, (2nd), prentice, Hall, Inc, U.S.A.
- Heward, William, & Orlansky, Michael (1992) exceptional children: an introduction survey of spccial education, (4th ed).
- Marcus, Lee. (2003). Structured Teaching. Chapel Hill: Division TEACCH (Trcatment and Education of Autistic and Relatcd Communication).
- Silverman, David (1993) international qualitative data: methods for analyzing talk, text and international.
- William, 1. (1996) exceptional children and introduction to special education, Columbus Merrill, prentice hall.
- Anderson, C, A, (1989) temperaturc and aggression: ubiguitous effects of heat and occurrences of human violence, psychological balletin 100-74-96.
- Alloy, 1. B: Accodcella, J.8 Bootzin R.R (1996) Abnormal psychology current prespective, New York. Mccraw fill. 7th (ed).
- Cantwell, DP, (1972) Psychiatric 1lness in familles of Hyperactive children. Archives of General Psychiotry.
- Halahan, d, and Kauffman, t (1996). Exceptional children Introduction to special Education. Prentic – Jall. Egnlewood Cliffs, New Jeersy.
- Heward, W.L., and Orlanky, M.D., Exceptional Children An Introductory Survey of Special Education. New York. Maxwell Macmillan International. 1992.
- DSM-4, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4te ed) Washinton DC.
- Ehlers, Ramberg C. & Ajohonson, M. (1996). Language and Pragmatic Functions in School age Children on the Autism Spectrum.
- Elisabeth & Dykems & Volkmor, F, M. (1991). Thought Disorder in High Function Autistic Adults, J. of Autism and Developmental Disorders, Vol (7) p.p.291.
- Flick, C. (1998). ADHD/Behavior- Change. New York: Resource Kit.

- Kauffman, J.M. (1981). Characteristics of Children's Behavior Disorders. Ohio: Charales E. Mewwill.
- Millman, L. Heward. (1981). Therapies for School Behavior Problems. (2nd Ed). Jossey Bass, Inc Publisher.
- Stainback, S. & Stainback, W. (1980). Educating Children with Sever maladaptive Behavior. Torountoy Orune Inc.
- Walker, J. & Shea, T. (1980). Behavior Modicication A Practical Approach Education. Mosluyco.
- Paul, A, & Anne, c. (1995) Applied Behavior Analysis for Teachers, Fourth Edition, Prentice – Hall, Inc. New Jersey.
- Oleary, et al, (1975) Autism: Behavioral Approaches to Treatment, Readings in Autism.
- Knoblock, Peter. (1980). Teaching Emotionally Disturbed Children. Houghston Mifflin Company, Boston.
- Dianne E. Berkell, (1992). Autism, Identification, Education, and Treatment. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ontario Ministry of Education, Special Education and provential School Branch, (1990), Special Education Monographs, No. 4: Student with Autism, Toronto, Ontario.
- Lynn E. McClannahan, Ph. D.&Patricia J. Krantz, Ph. D. (1999) Activity Schedules for Children with Autism. Woodbine House.
- Sheila, Wagner, M. Ed. (1999). Inclusive Programming for Elementary Student with Autism, Future Horizons.
- Robert, L & Lynn, K (1995). Teaching Children with Autism, Strategies for Initiating Positive Interaction and Improving Learning Opportunities. Paul H, Brookes Publishing Co, Inc.
- Thaut., Micheal H. (1989) "measuring Musical Responsiveness in Autistic Children: A Comparative Analysis of Improvised Musical tone Sequences of Autistic, Normal, and Mentally Retarded Individuals". Eric: Current Index to Journals in Education, Vol. 21, No. 6, P.39.
- Rutter, Michael. (1978). "Diagnosis and Definition of Childhood Autism," Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, Vol.8, No.2, pp. 139-161.

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل

المقدمة
تعريف مصطلح التواصل
أشكال ومكونات التواصل
أنواع التواصل
مراحل نمو اللغة والكلام عند الأطفال
تعريف اضطراب التواصل
تصنيف اضطرابات التوصل
نسبة انتشار اضطراب التواصل
أسباب اضطرابات التواصل
أنواع اضطرابات التواصل
اضطرابات اللغة والكلام
الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطرابات التواصل
تشخيص اضطرابات التواصل
قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية
علاج اضطرابات التواصل
البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية
إرشادات لأسر الأطفال ذوي اضطرابات التواصل
إرشادات لمدرسي الأفراد ذوي اضطرابات التواصل داخل الصفوف العادية
مراجع الفصل الثامن

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل

Communication Disorders

المقدمة

يعتبر الاتصال من الأمور الحيوية الهامة بالنسبة لمختلف الجماعات . فعن طريق الاتصال يتمكن مختلف أفراد المجتمع توصيل خبراتهم ومعلوماتهم ووجهات نظرهم إلى الآخرين. وكلمة اتصال Communication مشتقة من الأصل اللاتيني Communist، بمعنى عام أو مشترك، ولقد استخدم ذلك المصطلح في مضامين مختلفة، ويتوقف مفهومه على الهدف الذي يرمي إليه الفرد، فهو يعني نقل وتبادل المعلومات والمشاعر والعواطف، ومن ثم فإن جوهر عملية الاتصال هو جعل المستقبل والمرسل يلحنان معاً في مضمون رسالة واحدة . (قنديل وبدوي،2005).

إن التواصل الإنساني Human communication لا يخضع إلى زمان ومكان وغير محدد بأمور مادية،حيث انه يشتمل على مفاهيم مجردة يستطيع الإنسان من خلالها التواصل مع الآخرين بدون أي تغيير للأشياء الفيزيائية في كثير من الأحيان، ويعرف التواصل على انه تبادل للمعلومات والأفكار أو العواطف بين شخصية وأخرى .(Owens, 2001)

وعموماً يعتبر التواصل ذلك المصطلح الذي يهدف إلى إرسال واستقبال المعلومات بالإضافة إلى التعبير عن الحاجات والرغبات، وبهذا يكون التواصل عبارة عن فعل يقوم به كل كائن حي. (Boon, 1987).

وسنقدم في هذا الفصل أهم ما يتعلق باضطرابات التواصل ليكون مرجعا للباحثين والطلاب، والله الموفق.

تعريف مصطلح التواصل Definition of Communication

يشير مصطلح التواصل Communication إلى عملية التفاعل بين الأفراد بهدف تناقل المعلومات والمفردات، والتعبير عن الحاجات والرغبات، وقد يكون التواصل لفظياً أو غير لفظي وذلك من خلال الإيماءات أو الصور أو اللغة المكتوبة أو لغة الإشارة، وهنا لايوجد ضرورة لاستخدام الكلمات المنطوقة .

ويقصد بالتواصل بأنه هو تلك العملية التي تؤدي إلى تناقل المعلومات والمشاعر والأفكار والمعتقدات بين الأفراد سواء كانت وسائل لفظية (اللغة المنطوقة والمسموعة والمكتوبة)، أو الوسائل غير اللفظية كلغة الإشارة وتهجئة الأصابع وقراءة الشفاه التي يستخدمها الصم، ولغة برايل التي يستخدمها المكفوفون وكذلك الإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الإشارة ولغة العين وحركات اليدين والرجلين. (الببلاوي، 2011)

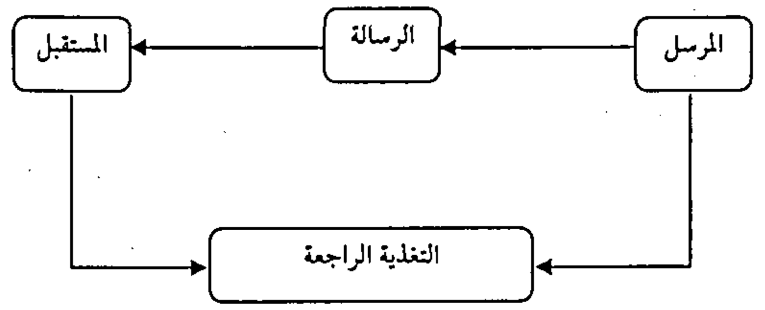
ويعرف اوينز ورفاقه (Owens & et al , 2007) التواصل بأنه عملية تفاعل و تبادل الأفكار بين المرسل (Sender) والمستقبل (Receiver)، ومن خلالها يمكن للفرد أن يعبر عن حاجاته ومشاعره و يشارك بمعلوماته ويحقق أهدافه، وكذلك الاستماع وتفهم أفكار ومشاعر الآخرين، ويتضمن أيضاً انتقال واستقبال الرسالة وتقديم التغذية الراجعة . فنجد الفرد يقول شيء ما والآخر يفكر أو يعمل استجابة للفعل أو للكلمات التي فهمها، لذلك نتواصل للاتصال والوصول للآخرين، حيث أن عملية الاتصال تبنى أساساً على الأخذ والعطاء أي التفاعل بين طرفي الاتصال.

كما عرف سميث (Smith, 2007) التواصل بأنه عملية تبادل المعرفة والأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد من خلال استخدام التواصل اللفظي وغير اللفظي .

أشكال ومكونات التواصل Forms & contents of communication

يهتم التواصل بنقل المعلومات والتعبير عن المشاعر والأحاسيس والتفاعل بين الأفراد في المجتمع، وعليه فإن التواصل له أشكال عديدة منها التواصل الشفوي وهو الأكثر شيوعا بينهم وذلك من خلال اللغة المكتوبة والمنطوقة وفي جميع الأحوال فإن اللغة هي أساس عملية التواصل .

والشكل التالي يبين مكونات عملية التواصل بين الأفراد :



الشكل رقم (1) مكون التواصل.

يتطلب التواصل وجود مرسل، ومستقبل، ورسالة، بحيث يقوم المرسل بإرسال رسالة ما إلى المستقبل ليتمكن من استقبالها وفهمها والرد عليها، ولكن ليست دائما تتطلب لغة. ولكن تعتبر اللغة هي عملية التواصل بالأفكار والآراء من خلال إرسال الأفكار المختلفة واستقبالها .

وتعرف عملية تشفير أو الترميز (Encoding) أي إرسال رسالة بشكل مفهوم وتعرف بأنها اللغة التعبيرية (Expressive Language).أما فك شيفرة أو رموز الرسائل (Decoding) أي استقبال الرسالة وفهمها، وتعرف باللغة الاستقبالية (Receptive Language). و أخيرا مرحلة الاستجابة أو ردود الفعل أي التغذية الراجعة (Feedback Response) على الرسالة وتعني قبول أو رفض الرسالة من قبل المستقبل.

(Kauffman & Hallahan, 2007)

اشكال التواصل Forms of Communication

تعتمد أشكال التواصل على عناصر رئيسية وأهمها عناصر إنتاج الكلام والتي هي بمثابة العمود الفقري لعملية التواصل حيث تعتمد على إصدار الأصوات Phonation، والنطق Articulation، واللغة Language، والطلاقة الكلامية Speech Fluency والسمع Hearing .

1. إصدار الأصوات : وهو عبارة عن طنين ينشأ عن اهتزاز الوترين الصوتيين Vocal folds داخل الحنجرة بفعل مرور تيار الهواء الذي يخرج من الرئتين أثناء عملية الزفير، ولا يهتز الوتران الصوتيان عند نطق جميع الأصوات اللغوية .
2. النطق: تنفصل أعضاء النطق وتلتقي مع بعضها البعض في أماكن مختلفة وبطرق متعددة في الجهاز النطقي لتعديل الصوت الصادر من الحنجرة وإنتاج الأصوات اللغوية وهذا يعرف بما يسمى بعملية النطق .Articulation (الخطيب وآخرون 2011).
3. اللغة: وهي نظام للتعبير عن المفاهيم باستخدام رموز وقواعد محددة وقد تكون رموزا صوتية أو كتابية. وتشتمل اللغة خمسة مكونات هي:

أ. النظام الصوتي Phonologic System: يتمثل في الأصوات الخاصة بالاستخدام اللغوي.

ب. النظام الصرفي Morphologic System: يتمثل في التغييرات التي تدخل على مصادر الكلمات لتحديد أشياء مثل الزمن أو العدد أو الموضع، بمعنى نظام خاص ببناء شكل الكلمات في اللغة كصيغ الجمع والأفعال.

ج. النظام النحوي أو البنائي Syntactic System :يتمثل في الترتيب المنتظم للكلمات في مقاطع وجمل، ويمثل قواعد اللغة وطريقة بناء الجمل .

د. النظام الدلالي (دلالات الألفاظ أو المعاني) Semantic System : تتمثل في معاني الكلمات والجمل التي تتكون منها اللغة .

ه. الاستخدام البراجماتيكي Pragmatics: تتضمن الجوانب الاجتماعية للغة، وتشير إلى معرفة وفهم قواعد الحديث، متى تبدأ ومتى تنتهي المحادثة، بمعنى توظيف اللغة في المجالات الاجتماعية .

وتتضمن اللغة ايضاً ما يلي :

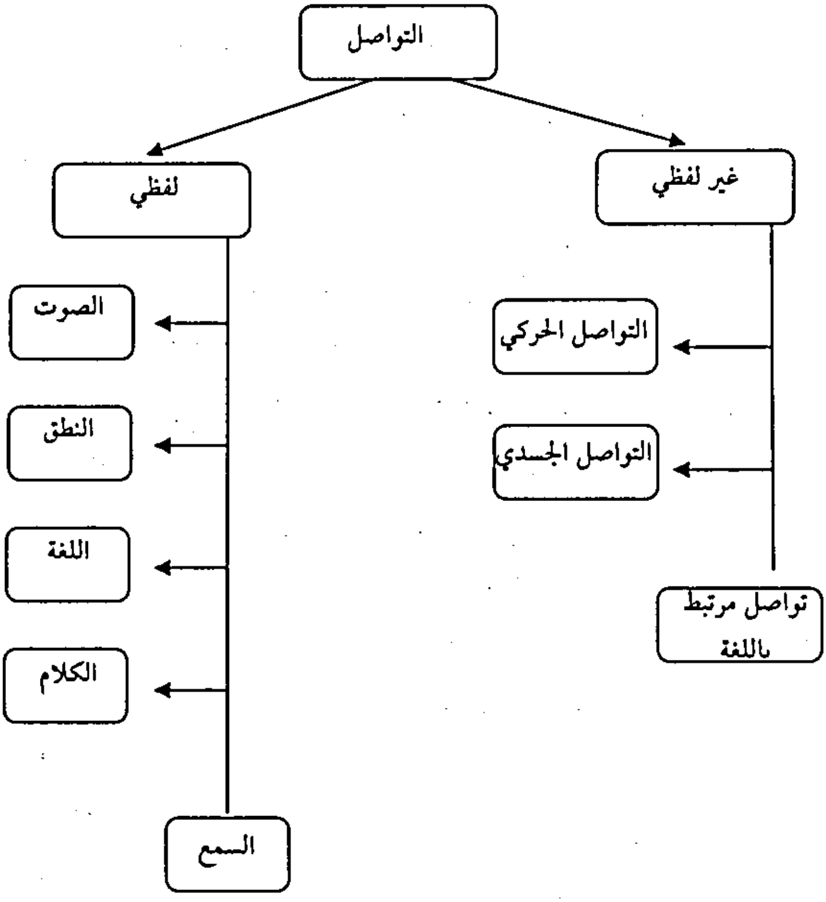
- الأشكال Forms وتشمل : (النظام الصوتي، النظام الصرفي، والنظام النحوي) .
- المحتوى Contentوتشمل: النظام الدلالي – دلالات الألفاظ.
- الوظيفة Function وتشمل : الاستخدام البراجماتيكي.(Werts & et al,2007)

4. الطلاقة : وهي قدرة الفرد على التحدث بشكل متواصل وسلس وبأقل جهد ممكن . ويؤدي اضطراب الطلاقة الكلامية إلى حرمان المتكلم عن التعبير عمـا يجـول بخـاطره بسهولة ويسر، كما تؤثر على مختلف جوانب حياته النفسية والاجتماعية .

(الخطيب وآخرون 2011).

انواع التواصل Types of Communication

الشكل التالي يبين أنواع التواصل بين الأفراد.



الشكل رقم (2): أنواع التواصل

يصنف التواصل إلى تواصل غير لفظي وتواصل لفظي. التواصل غير اللفظي يتم من خلال عدة وسائل مثل الإيماءات، والحركات، وتعبيرات الوجه وغيرها. أما التواصل اللفظي فيتم من خلال الألفاظ التي ينطق بها الفرد لمخاطبة الأفراد الآخرين. وفيما يلي شرحاً موجزا لكل نوع من أنواع التواصل بين الأفراد:

1. **التواصل غير اللفظي None - Verbal Communication**

ويتألف من ثلاث أقسام رئيسية وهى :

أ. **التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة:** ويشير إلى الأصوات التي يتم إنتاجها عند التحدث والتي يرتبط بجودة الصوت ونغمته وارتفاعه، بالإضافة إلى الأصوات التي تجلب الضوضاء مثل البكاء، والضحك وطريقة النطق والكلام وإيقاعه.

ب. **التواصل الحركي غير اللفظي :** يرتبط بالإشارات البصرية التي ترمل من خلال حركات الجسم والتي تعتمد على حركة وتعبيرات الوجه، حيث لاحظ الباحثين أن هناك تزامن واضح بين الحركة واللغة، وهذا بالإضافة إلى أن الحركة تعتبر امتداد للصوت، حيث أن النشاط الجسمي المرئي ربما يؤثر على سلوك المستمع بشكل يمكن التنبؤ به .

ج. **التواصل الجسدي غير اللفظي:** فهو يعتمد على طبيعة الرسالة اللفظية المتداولة بين الأفراد وهي تختلف في خصوصيتها وفي درجة إدراكها وضبطها من شخص إلى آخر، إلا أن المعدل الوظيفي للسلوك غير اللفظي يكون مقيدا ومحدودا.

وهناك العديد من برامج التواصل التي تستخدم في تعليم الأطفال الذين يعانون من مشكلات في اللغة كالأطفال التوحديين وذوي اضطرابات اللغة والكلام الشديدة والأطفال ذوي الإعاقة الشديدة ممن لا يجيدون اللغة ومن هذه البرامج برنامج ماكتون للتواصل اللغوي ولغة بلس. (الفارع وآخرون، 2000) .

برنامج ماكتون للتواصل اللغوي : هو أحد برامج التواصل الذي يقدم وسيلة منظمة لتدريس اللغة والتواصل لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون من صعوبات التواصل، فهو يستخدم الكلام والإشارات اليدوية والرموز كطرق مختلفة لتحسين قدرة الفرد على التعبير عن نفسه، وفهم المعلومات التي يتلقاها ويساعده على التفاعل مع الأفراد المحيطين به .

أما لغة بلس: فقد بدأت فكرة اللغة على يد تشارلز بلس، وتعتمد الفكرة على المفاهيم أكثر من الأصوات، ويبدأ تعلم لغة بلس عن طريق الصور أولاً، ثم يتم ربط الصورة بالرموز، ثم الرموز بالصور معاً، ويتم استخدامها عن طريق النظر، والإشارة باليد، ومؤشر الرأس وأصابع القدم . (الببلاوي، 2011).

2. التواصل اللفظي Verbal Communication

تنتقل الكلمات والأفكار بين الأفراد بطريقة تمكنهم من نقل رسائلهم والتي يمكن أن تكون مكتوبة أو منطوقة والتي تعرف بمفهومها العام بالتشفير. والتشفير هو عبارة عن ترجمة للمفردات والكلمات إلى معان والتي تتطلب أصواتا مشابهة ومعاني وكلمات قريبة ومرتبة وفيما بعد تعرف باللغة.

ويتكون التواصل اللفظي من العناصر التالية :

1. الصوت Voice.
2. النطق Articulation.
3. اللغة Language.
4. الطلاقة الكلامية Fluency .
5. السمع Hearing.

وفيما يلي شرح موجز لكل نوع من أنواع التواصل اللفظي:

1. **الصوت Voice :** يعتقد أن الصوت ينشأ في الفم أو الحلق أو اللسان ولكنه في حقيقة الأمر يعتمد على عملية التنفس ويستخدم لإنتاج الصوت في الجهاز التنفسي وفي الجهاز الهضمي في عمليات الأكل والبلع . وبهذا يكون الصوت هو المكون الأساسي للتواصل اللفظي فهو اللبنة الأساسية أو المادة الخام لعملية الكلام .

أهم الأجهزة أو الأعضاء التي تسهم في إصدار الصوت والكلام وهي:

أ. **الجهاز التنفسي Respiratory System :** ويتكون من عضلات الصدر، والرئة، والحجاب الحاجز، والحلق .

ب. جهاز الاهتزاز :Vibrating System ويتكون من الأوتار الصوتية والحنجرة من أجل إصدار الصوت.

ج. جهاز الرنين Resonating System: ويتكون من التجويف الأنفي، والتجويف الفمي، والحلق، وهو مكان تشكيل الكلام .

د. آلية أو ميكانزيم الكلام أو النطق Speech or Articulation Mechanism : ويتكون من سقف الحلق اللين والصلب، والأسنان، والشفاه، واللسان، والفك . (Smith. 2007)

2. النطق :Articulationon حيث يعتبر النطق المرحلة المتطورة من عملية إخراج الصوت وتشترك أجهزة النطق (الرئة، والحنجرة، والمجرى الفمي والأنفي) في تكوين الصوت وتشكيله، وكذلك في تكوين حروف النطق حيث تلتقي أعضاء النطق مع بعضها البعض في عدة أماكن مختلفة وبطرق متعددة في الجهاز النطقي لتعديل الصوت الصادر من الحنجرة وإنتاج الأصوات اللغوية من خلال عملية النطق، حيث تلتقي الشفاه لإنتاج الأصوات الشفوية مثل الباء والميم،وتلتقي مقدمة اللسان مع اللثة لإنتاج أصوات مثل التاء واللام والنون، وبعض الأصوات يتم إنتاجها عن طريق حبس الهواء بشكل تام ثم إطلاقه فجأة وذلك عند نطق حرف التاء والكاف، والبعض الآخر يتم تضييق مجرى الهواء لينتج صوت السين والصاد، ويخرج الهواء من الأنف عند نطق بعض الأصوات من الأنف بدل الفم لإصدار الأصوات الأنفية مثل الميم والنون. ويسمى العلم الذي يبحث في أنظمة اللغة من حيث التركيب والوظيفة علم الأصوات الوظيفي الفونولوجي (Phonology).

(القمش والمعايطة، 2007)، (الخطيب وآخرون، 2009).

3. اللغة: Language تعد اللغة النظام الذي يستخدم الرموز كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الآخرين، وهي أحد أشكال السلوك الاجتماعي الذي يتشكل من خلال اللغة اللفظية. ونظراً لأهمية اللغة فقد اهتم الكثير من الباحثين بدراستها من حيث متطلباتها واكتسابها ونموها وقواعد استخدامها، حيث ظهرت عدة تخصصات في مجال اللغة مثل نمو اللغة وعلم النفس اللغوي واضطرابات اللغة .

4. الطلاقة الكلامية Speech Fluency : وتعرف على أنها الانسياب الأسهل والسلس للكلام بشكل متواصل وبمعدل طبيعي دون الحاجة إلى جهد كبير، والكلام غير الطلق ليس بالضرورة أن يشير إلى قلة المعلومات حيث أن ذوي اضطرابات الطلاقة مثل اللجلجة قد يكون لديهم معلومات كثيرة ومع ذلك لا يستطيعون التعبير عنها بسلاسة، ومن جهة أخرى فان الكلام بطلاقة يعد مؤشر على ارتفاع مستوى معلومات الفرد، فعندما تكون لدى الفرد معلومات قليلة فليس ضروريا أن تكون لديه معلومات كافية حتى يعتبر طلقا، ونرى اشخاصاً طلقين بالكلام دون أية معلومات كافية لديهم .(البيلاوي، 2006)

5. السمع Hearing: يعتبر النمو اللغوي من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية أو الفقدان السمعي، فالسمع يلعب دوراً هاماً في اكتساب اللغة والكلام والنمو اللفظي. (Bloom, 1999)

مراحل نمو اللغة والكلام عند الأطفال

Stage of Language & Speech Development in Children

تختلف قدرة الأطفال على اكتساب مهارات الكلام واللغة حسب العمر، والبيئات التي يعيشون فيها، حيث تمر مراحل نمو اللغة في تسلسل محدد يتناسب والقدرات الاجتماعية والنفسية التي يعيش فيها الطفل، مما يجعل التواصل يعتمد على مدى التطور الطبيعي للكلام واللغة التي يكتسبها.

تمر مرحلة النمو اللغوي عند الأطفال بالمراحل التالية:

1. مرحلة الصراخ :Crying Stage الصراخ هو أصوات يصدرها الطفل منذ ولادته، وهو نفخ الهواء بطريقة انعكاسية من الرئة حيث تصدر الأصوات لحظة عبور الهواء فوق الأوتار الصوتية حيث يصدر الصراخ فيما بعد بسبب الجوع والعطش.

2. مرحلة المناغاة Babbling Stage : تظهر في الأسبوع السادس أو السابع من عمر الرضيع وفيها يظهر الطفل اصواتا عشوائية نتيجة استثارته داخلياً عن طريق الإحساس الاستكشافي للشفتين واللسان والحلق . فالسمع غير مهم لإنتاج المناغاة. فالأطفال جميعا يمرون بمرحلة المناغاة بمن فيهم الأطفال الصم إلا أنهم بمراحل متقدمة

يفقدون قدرتهم على السمع بسبب عدم تلقيهم تغذية راجعة لمناغاتهم. وهنا تظهر أصوات الحروف الساكنة قبل المتحركة.(القريوتي وآخرون 2003).

3. مرحلة التقليد Imitation Stage : وفي هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات التي يسمعها تقليدا خاطئا، فقد يبدل أو يغير أو يحذف أو يحرف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها . وقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل من أهمها مدى نضج جهاز النطق، وضعف الإدراك السمعي، وقلة التدريب. تمتد هذه المرحلة من نهاية السنة الأولى حتى الرابعة أو الخامسة تقريبا.

4. مرحلة المعاني Semantic Stage: وهنا يربط الطفل بين الرموز ومعناها وتمتد هذه المرحلة منذ السنة الأولى حتى عمر الخامسة وما بعد ذلك.(الروسان، 2010)

يذكر فتزجيرالد (Fitzgerald,1977) أن النمو اللغوي يتأثر بعدة عوامل أهمها :

- الجنس sex: إذ يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهن اللغوي من الذكور.
- العوامل الأسرية :Family Factors ويقصد بذلك ترتيب الطفل بالأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية، حيث إن الطفل الوحيد في الأسرة يكون أكثر ثراءً في محصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العديدين.
- الوضع الصحي والجسمي للفرد Physical Health & Sensory Status: وهذا يعني أن الجوانب الصحية والجسمية الحسية للفرد تلعب دورا هاما في النمو اللغوي إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة أجهزة الحس والسمع والنطق.
- وسائل الإعلام :Mass Media حيث تلعب وسائل الإعلام مثل التلفزيون والإذاعة والصحافة الخ دوراً هاماً في رفع مستوى المحصول اللغوي عند الأطفال .
- عملية التعلم Learning Process: يلعب التعليم وما يتضمنه من قوانين تعزيز دورا كبيرا في تعلم واستعمال اللغة.
- القدرة العقلية Intellectual Ability: تؤثر القدرة العقلية لدى الطفل على قدرته على النمو اللغوي . فالأطفال الذين يتميزون بذكاء عالي يفوقون الأطفال

العاديين والمعوقين عقليا في محصولهم اللغوي، كما أنهم يتميزون بأنهم يكتسبون اللغة بعمر مبكر مقارنة مع الأطفال العاديين.

وفيما يلي جدول يبين مقارنة التطور اللغوي بين الطفل العادي والطفل المتأخر لغويا:

الجدول رقم (1) يبين مقارنة التطور اللغوي عند الطفل العادي والطفل المتأخر لغوياً.

العمر بالأشهر		الانجاز	مثال
الطفل العادي	الطفل المتأخر لغوياً		
13	17	الكلمة الأولى	ماما، باي كلب
17	38	(50) كلمة	كرة، قطة، عصير أكثر، أكبر....الخ
18	40	ربط كلمتين مع بعض	هذا بابا، راديو
22	48	ارتباطات أخرى بين كلمتين	فنجان طحين، كرسي ابيض، معطف ماما
24	52	جملة متوسطة طولها كلمتان	أندي نائمة
27	55	أول ظهور ing	ماما تأكل للنهاية ... ing
30	63 66	جملة متوسطة طولها 3.1 كلمةأول	سيارتي ذهبت
37	73	جملة متوسطة طولها 4.1 كلمة	هل يمكنني أن احصل على بعض الكعك ؟
38	76	جملة متوسطة طولها 4.5 كلمة	
40	79	أول ظهور للأوامر غير المباشرة	هل يمكنني أن امسك بالكرة ؟

(Smith , 2007:133)

تعريف اضطراب التواصل Definition of Communication Disorder

تعرف الرابطة الامريكية للسمع واللغة والكلام اضطرابات التواصل بأنها اضطراب في قدرة الفرد على استخدام عملية إرسال واستقبال والتعبير عن المفاهيم سواء أكان بطريقة لفظية أو غير لفظية، وقد يتراوح هذا الاضطراب في حدته من اضطرابات بسيطة إلى اضطرابات شديدة ويمكن تكون اضطرابات نمائية أو مكتسبة.

(Hallahan & Kuaffman, 2007)

ويعرف العزالي(2011) اضطراب التواصل بأنه عجز الفرد عن جعل كلامه مفهوما للآخرين، والعجز عن التعبير عن أفكاره بكلمات مناسبة، وعجزه عن فهم الأفكار التي يسمعها من الآخرين سواء المنطوقة أو المكتوبة.(العزالي،2011).

وتعرف الجلامدة (2012) اضطرابات التواصل بأنه اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية مما يؤدي إلى حاجة الأفراد إلى برامج تربوية خاصة أو علاجية. (الجلامدة، 2012).

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة يقوم بها معلمو التربية الخاصة وأخصائيو التخاطب وفي حال عدم وجود المعرفة الحثيثة في التطور اللغوي فإنهم لا يستطيعون تقديم أية خدمات تربوية تساعد الأطفال أو الأفراد المضطربين على تجاوز مشاكلهم التواصلية .

تصبح عملية التواصل اضطراباً إذا كان :

1. إرسال الرسائل واستقبالها أمرا خاطئا .
2. الطفل يجد صعوبة في التعلم أو التفاعل مع الآخرين.
3. هناك صعوبة لغوية أو كلامية تثير انتباه الآخرين.
4. التواصل يواجه صعوبات تؤثرسلباً ويشكل ملحوظ على النمو الإنفعالي عند الطفل . (بدر، 2010).

تصنيف اضطرابات التوصل

Classification of Communication Disorders

يذكر البيلاوي (2009) أن اضطرابات التواصل تصنف بناءً على ثلاثة أسس هي:

أولا : تصنيف اضطرابات التواصل في ضوء الأسباب المؤدية لها حيث إن هناك نوعين من الأسباب :

1. الاضطرابات العضوية: تظهر هذه الاضطرابات بسبب نقص أو قصور في الآلية العصبية الفسيولوجية للكلام .
2. الاضطرابات الوظيفية : ليست لها أسباب عضوية أو عصبية، ولكن ترجع إلى التعلم الخاطئ أو المشكلات البيئية، أو إلى أسباب غير معروفة .

ثانياً : تصنف اضطرابات التواصل في ضوء السن أو العمر الزمني عند الإصابة، ويوجد هناك نوعان من تصنيف اضطرابات التواصل وهي :

1. اضطرابات التواصل الولادية (الخلقية):Congenital Communication Disorders
2. اضطرابات التواصل المكتسبة Acquired Communication Disorders : وهي التي تحدث بعد مرور سنين، ونلاحظ أن كبار السن الذي يفقدون جزء من قدرتهم السمعية يجعلهم يفقدوا قدرتهم على التواصل مع الآخرين .

ثالثاً : تصنيف اضطرابات التواصل في ضوء المكونات المختلفة للتواصل

وهي الأكثر شيوعا حيث تعتمد على نوع الاضطراب الذي يعاني منه الفرد بمعنى أنه يعاني من اضطراب في الصوت أو اللغة والنطق أو الطلاقة . وهذا لا يعني أن أخصائيي التخاطب يهملون التصنيفات الأخرى التي تركز على الأسباب أو العمر الزمني وإنما تكون نقطة الانطلاق التي يركز عليها هذا التصنيف.

نسبة انتشار اضطراب التواصل Prevalence of Communication Disorder

تقدر نسبة انتشار اضطرابات الكلام بين 10-15 ٪ من أطفال ما قبل المدرسة، و6٪ من طلبة المرحلة الأولى والثانية، حيث تمثل اضطرابات اللغة حوالي 2-3٪ من أطفال ما قبل الدراسة، و 1٪ من طلبة المدارس في مجموع أفراد المجتمع .

(Hllahan &Kauffman,2007; Werts & et al,2007)

وتقدر نسبة انتشار اضطرابات الصوت بنسبة 6٪ من مجموع أفراد المجتمع (Hunt & Marshal,2006)، تعتبر اضطرابات التواصل ثاني اكبر فئات الإعاقات انتشاراً بعد صعوبات التعلم وتشكل اضطرابات اللغة والكلام 19٪ من نسبة جميع الطلبة ذوي الإعاقات، حيث إن معظم الطلبة لديهم اضطرابات في اللغة والكلام مقارنة بصعوبات التعلم إذا اخذ بعين الاعتبار الأطفال من مختلف فئات الإعاقات والاضطرابات الأخرى التي قد يعانون من اضطرابات اللغة والكلام .(Smith,2007) .

تشير بعض التقديرات في الولايات المتحدة الامريكية إلى أن حوالي 3 – 5 ٪ من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطراب التواصل بدرجة شديدة،وان اضطرابات اللفظ تفوق كثيراً أنواع اضطرابات التواصل الأخرى. (القريوتي والسرطاوي، 2003) .

وتشير الدراسات إلى أن نسبة الذين يصابون باضطرابات اللغة تتفاوت بين 3 -12 ٪ من مجموع أفراد المجتمع وان هناك اطفالاً يعانون من اضطرابات أخرى ويعانون في نفس الوقت من اضطرابات لغوية. (الوقفي، 2001) .

أسباب اضطرابات التواصل Causes of Communication Disorders

يمكن تحديد أسباب اضطرابات التواصل في بعض الحالات، ويصعب تحديدها في بعضها الآخر بسبب عدم وضوح الأسباب،وعندما تكون غير واضحة تعد أسبابا وظيفية . أما عندما تكون الأسباب عصبية أو تشريحية فيقال إن الاضطراب يعود لأسباب عضوية.

حدد الخطيب والحديدي (2010) أسباب اضطرابات التواصل كما يلي :

1. أسباب عضوية Organic Causes : وتشمل الاضطرابات الكروموسومية والعصبية والفسيولوجية والأيضية والنمائية . وتكون هذه الأسباب مسؤولة عن اضطرابات التواصل عندما يحدث خلل في الأجهزة المسؤولة عن الكلام ، ومن هذه الأجهزة ما يلي :

أ. الجهاز العصبي المركزي.

ب. الجهاز العصبي المحيطي.

ج. المستقبلات الحسية .

د. الألياف العصبية .

وقد تكون اضطرابات التواصل ناجمة عن عوامل فسيولوجية ويقصد بذلك أن أجهزة الكلام قد تكون طبيعية نمائياً، فالاضطرابات النمائية قد تكون موجودة في المنطقة الفمية كما هو الحال في الشفة الارنبية أو البلعوم أو في الفك .

وتشمل العوامل البيولوجية والعضوية النضج والتأخر النمائي، فالأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي لديهم تأخر في مظاهر نمائية أخرى بما فيها النمو الحركي أو النمو المعرفي . والأطفال الذين يعانون تخلفا عقلياً أو توحداً، أو اضطراباً انفعالياً فأنهم ايضا قد يكون لديهم مشكلات كلامية لغوية .

2. أسباب بيئية Environmental Causes : يعتبر الحرمان الثقافي والبيئي سببا في التأخر اللغوي عند الأطفال، وهناك أسباب بيئية أخرى كالعوامل السمية الموجودة في البيئة ترتبط باضطرابات التواصل ومن هذه العوامل الرصاص، والزئبق، وأول أكسيد الكربون، والكربون، والكحول وغيرها . تلعب الظروف الأسرية دورا في تشكيل اضطرابات التواصل من خلال توقعات واتجاهات الأسرة تجاه أطفالها والتي تؤثر مباشرة على النمو اللغوي .

3. الأسباب التعليمية Educational Causes : وبما أن التواصل واللغة والكلام مهارات تعلميه فإنها تصبح مضطربة، وإذا كان التفاعل بين المرسل والمستقبل غير ايجابي فإن التواصل يكون غير واضح، مما يؤدي إلى اضطراب في التواصل بينهم . ومن هنا نستطيع أن نصف التواصل بأنه اضطراب تعلمي أكثر منه خلقي.

4. الأسباب الوظيفية Functional Causes : تنجم اضطرابات التواصل عن إساءة استخدام أجهزة الكلام، ويعتبر الجهاز البلعومي من أكثر الأجهزة التي تتعرض لإساءة الاستخدام، الأمر الذي يؤدي إلى تلف عضوي في تلك الأجهزة .

5. الأسباب النفسية الداخلية Internal Psychology Causes : تلعب النفسية والحالة العصبية دورا مهما في قدرة الأفراد على التواصل مع الآخرين، وعلى سبيل المثال نرى أن التأتأة يعزى سببها إلى العوامل النفسية ذات التأثير السلبي .

(الخطيب والحديدي، 2010).

انواع اضطرابات التواصل Types of Communication Disorders

كما هو معلوم أن التواصل يتكون من عناصره الأربعة وهي الصوت، والنطق،والطلاقة، واللغة فان ذلك يعني أن أية اضطراب يحصل بأحد هذه العناصر يؤثر سلبا على التواصل ويكون هذا اضطراباً تواصلياً . وبشكل عام فان اضطرابات الصوت تحدث نتيجة عيوب في الأنف، والأذن، والحنجرة أو بسبب إعاقة سمعية أو خلل في الأوتار الصوتية أو شق الحلق .

أولاً: اضطرابات الصوت Voice Disorder

وهي الاضطرابات الأقل شيوعا وترتبط ارتباطا وثيقا في أجهزة الصوت والتي تتعلق بجنس وعمر الطفل وتكويناته الجسمية، وأهم خصائص اضطرابات الصوت تشوه في طبقة الصوت، ونوعية الصوت، وشدة الصوت، ورنين الصوت .وتختلف هذه الاضطرابات حسب الميزة الصوتية وكما هو مبين تالياً :

أ. طبقة الصوت Voice Pitch : ويقصد بها مستوى ارتفاع وانخفاض صوت الطفل ويمثل ذلك طبيعة الصوت من حيث النعومة والخشونة .

ب. نوعية الصوت Voice Quality: حيث إن نوعية الصوت يمكن أن تتعرض للخلل ومنها:

- الخنف Breathiness : يحدث هذا الاضطراب بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق بالأصوات التي يطلق عليها الأصوات الأنفية . ويصبح هذا الشخص موضع ضحك وسخرية من الآخرين وهذا ما يزيد من حدة قلقه وصمته، وعدم ثقته بنفسه وانطوائه، ويرجع ذلك إلى وجود شق في سقف الحلق الصلب أو المرن أو الاثنين معاً.
- خشونة الصوت Harshness:يكون هذا الصوت مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته، يحدث هذا الصوت فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد أو الإجهاد، ولدى الصغار يكون بسبب الصراخ والصياح العالي.

- البحة Hoarseness:يتسم الصوت المبحوح بأنه خليط ما بين الهمس وصوت الخشونة معاً ويكون نتيجة الصراخ والصياح، وحالات التهاب الحنجرة، ونزلات البرد، والتهاب اللوزتين، والإجهاد الكلامي.
- الأنفية Nasality .

ج. شدة الصوت Voice Intensity: وتعني الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحديث وان الطفل لا يسمع صوته بوضوح مما يعني أن لديه صعوبات في السمع أو أن لديه مشاكل في الحنجرة.

د. رنين الصوت Voice Resonance: ويعرف بعملية تذبذب الصوت في التجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة أو نتيجة وجود شق الحلق(Cleft Palate)، أو تلف في الدماغ أو العصب المسيطر على التجويف الفمي، أو التهاب اللوزتين،أو لحمية الأنف أو التهاب الجيوب الأنفية ويرتبط رنين الصوت بدرجة انفتاح الممرات الأنفية .

(Hallhan&Kuaffman,2007 ; Owens & et al 2007;Wert, et al 2007)

ويشير محمد قطب ومحمد بركة (1997) إلى أن اضطرابات الصوت تشمل العلل العضوية الوظيفية بالحنجرة والتي تؤدي إلى البحة أو الإرهاق الصوتي بحيث لا يستطيع الطفل أن يستخدم الصوت بكفاءة في الحياة اليومية، وتوجد أسباب عديدة تؤدي إلى اضطرابات الصوت ، منها :

1. 1.سوء استخدام الصوت.
2. التدخين .
3. اضطرابات الجهاز الهضمي الناتج عن الحموضة التي تؤثر على الحنجرة .
4. التهاب الجهاز التنفسي الحاد المزمن .
5. تلوث البيئة في صورة ملوثات الأتربة أو الضجيج الزائد.

ويذكر ايضاً ورتس وزملاؤه (Werts et al,2007) بعض المشكلات العضوية المرتبطة باضطرابات الصوت ومنها :

1. شلل الأوتار الصوتية.
2. الشبكة الحنجرية.
3. الإصابات والحوادث سواء لغضاريف الحنجرة أو الأوتار الصوتية.
4. أمراض وهن وضعف الحنجرة .
5. الضغط النفسي والتوتر.الخ.(Werts & et al,2007)

ثانياً. اضطرابات النطق Articulation Disorders

تحدث اضطرابات النطق عند الأطفال في عمر 3-10 سنوات وربما إلى ما بعد ذلك، وتكمن صعوبة نطق بعض الكلمات أو تكرار الكلمة الواحدة لعدة مرات، وقد يصاحب ذلك حركات غير ارادية بالأطراف مع احمرار الوجه والنطق بصوت مرتفع .

تعود أسباب حدوث اضطرابات النطق إلى أسباب عضوية وجسمية محددة مثل فقدان السمع والانحرافات في التركيب الفمي (عيب في الأسنان وشق الحلق) ووجود عيوب عضلية أو عصبية في أجهزة الكلام بالإضافة إلى وجود إعاقة عقلية يكون لها اثر واضح على الكلام .

من هنا فان عيوب النطق لدى الأطفال ترتبط بشكل ما في التعليم الخاطئ للكلام وخاصة في السنوات النمائية المبكرة ويطلق على هذا النوع من الاضطرابات اسم اضطرابات النطق الوظيفي .

وقد قسم أبو حلتم (2005) أسباب الإعاقات الخاصة بالنطق الى قسمين هما :

1.(أسباب وظيفية وتتضمن :

أ. نقص الحوافز من قبل الأم أو غيرهم من المؤثرين في الطفل.

ب. غياب الحاجة إلى الكلام .

ج. ضعف نماذج الحديث .

د. عدم النضج العاطفي .

ه. تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

و. عدم الإحساس بالأمان .

ز. الشعور بالقلق أو الإحباط.

ح. غياب التشجيع من جانب الآخرين ممن يهتمون بكلام الطفل.

2. **أسباب عضوية وتشمل :**

أ. المشكلات العصبية والعضلية والتي تؤثر في التحكم بآليات الاتصال .

ب. اعتلال الصحة وتكرار الإصابة بالأمراض .

ج. عدم انتظام الأسنان أو تساقطه .

د. الشفة الارنبية والشق الحلقي وغيره من مشاكل الحلق أو الحنجرة .

ه. ضعف السمع .

و. التخلف العقلي.(أبو حلتم، 2005)

تتميز مظاهر عيوب النطق بما يلي :

1. الحذف Omission :يعني أن يحذف الفرد حرفا أو أكثر من الكلمة (مثلاً خوف بدلا من كلمة خروف)، (كلمة Nana بدلا من كلمة Banana) ويحدث هذا لدى الأطفال الصغار أكثر منه لدى الأطفال الكبار.

2. الإبدال :Substitution وهو أن يصدر الطفل صوتاً غير مناسب لحرف بدلا من الصوت غير المرغوب فيه فعلى سبيل المثال أن يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) و يستبدل حرف (ر) بحرف (و) و (كلمة Wabbit بدلا من كلمة Rabbit). وهذه الظاهرة تؤدي إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر .

3. التحريف أو التشويه Distortion : وهو أن تكون مخارج الحروف غير سليمة مما يجعل الكلام مشوة ومحرف ويحدث هذا نتيجة وجود خطأ في تعلم اللغة في سن مبكرة من العمر أو عندما تغلب لهجة على لهجة لمن يتعلم لغات أخرى كأن يغلب حرفا على حرف مثل أن يبدو حرف السين وكأنه حرف صاد .

4. الإضافة Addition: ويعني هذا نطق الفرد الكلمة مع زيادة في صوت ما مما يؤدي إلى عدم وضوح الكلام ويعتبر هذا العيب أقل العيوب انتشاراً، فعلى سبيل المثال أن ينطق الفرد كلمة (لعبات بدلاً من كلمة لعبة) و(I missed her بدلا من I miss her). (أبو حلتم، 2005؛ Owens & et al, 2007).

اسباب تاخر النطق عند الأطفال Causes of Articulation Delay in Children

معظم الأطفال في عامهم الثاني لديهم القدرة على نطق الكلمات أو الجمل البسيطة، إلا أن بعضهم يتأخر في النطق وذلك للأسباب التالية:

1. العوامل الوراثية مثل نقص في خلايا الدماغ أو المرضية مثل التهاب السحايا والتهابات المخ . وأسباب مرتبطة بإصابات الأم خلال فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية في الثلاثة شهور الأولى من الحمل.
2. الصمم:عدم قدرة الطفل على سماع الكلام يفقده المقدرة على النطق حتى ولو كان ذكاء الطفل طبيعياً.
3. وجود مصاعب ومشاكل في فم الطفل تجعله يفقد الطفل القدرة على تحريك لسانه بشكل طبيعي مثل ربط اللسان بقاعدة الفك السفلي للفم مما يمنع حركة اللسان بحرية. وهناك أيضاً مشاكل في:

- الأسنان : كثيرا ما يحدث تكسير الأسنان اللبنية للأطفال أو سقوطها مما يغير من مخارج الحروف ويؤدي إلى عيوب في النطق .
- الشفتان : لهم دور في إصدار الكلمات والنطق، وولادة طفل بالشفة الارنبية، أو إصابتها بحادث ما يؤدي لعيوب في النطق والكلام وخاصة بالحروف التي تشترك بها الشفتان .
- شق أو ثقب في سقف الحلق : يؤدي إلى عدم غلق التجويف الأنفي عند نطق الحروف غير الأنفية.
- وجود لحمية الأنف : يؤدي إلى غلق التجويف الأنفي وصعوبة في نطق الحروف الأنفية.

4. تضخم اللوزتين وهذا يسبب انخفاضاً في مستوى السمع عند الطفل. (أبو حلتم، 2005، العزالي، 2011).

ثالثاً: اضطرابات اللغة Language Disorders

اللغة هي نظام رمزي استخدم في التواصل ويشمل المعاني و الأصوات والكلمات والإيماءات والرموز الأخرى، وقد تكون منطوقة، أو اشارية.(الخطيب والحديدي، 2011)

تعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات اللغة بأنها خلل أو اضطراب شامل في استخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة . والاضطراب يمكن أن يشمل احد جوانب اللغة التالية أو جميعها وهي:

أ. شكل اللغة : ويشمل النظام الصوتي، والنظام الصرفي، والنظام النحوي أي القواعد.

ب. محتوى اللغة: وتشمل النظام الدلالي اي دلالة الألفاظ أو المعنى.

ج. وظيفة اللغة في التواصل الاجتماعي(البراجماتي).(Hallahan & Kuaffman,2007)

يعتمد نمو اللغة على نمو الدماغ والأداء الوظيفي له، ومن ثم فان اضطرابات اللغة تنشأ أحيانا نتيجة وجود خلل في الأداء الوظيفي للمخ والأساليب التي يمكن أن يتبعها الطفل لتعويض هذا الخلل، الأمر الذي قد يساعده على التعلم في بعض الأحيان ولكن من الواضح أن التركيز يكون على النضج البيولوجي للدماغ .

يتأثر تعلم اللغة بالسلوك اللغوي ويمكن أن ينتج الاضطراب اللغوي عن التعلم غير الملائم. ويمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات وفقاً لارتباطها باسلوب معالجة المعلومات، فمعالجة المعلومات الخاطئ يؤدي إلى حدوث اضطرابات لغوية .

يحتاج الأفراد إلى اللغة من أجل حاجتهم إلى التواصل، فنرى أن التفاعلات الاجتماعية لها الدور الأكبر في تنمية اللغة عند الأفراد، فاضطرابات اللغة تعد نموذجا من القصور الفردي على الارتباط الفعال مع البيئة المحيطة، وهذا يعني أن الأبوين يجب عليهم أن يهيئوا البيئة الطبيعية لتعليم أطفالهم اللغة وليقوموا أيضا بتدعيم وتركيز التفاعلات الاجتماعية عند الأطفال . (عبدالله محمد، 2008).

تصنيف اضطرابات اللغة Classification of Language Disorders

تبنت الجمعية الأمريكية للتخاطب واللغة والسمع ASHA تصنيفاً يتضمن (5) انساق للغة وهي:

1. الأصوات الكلامية Phonology.
2. بناء الجمل وتركيب الكلمات Syntax.
3. البنية والشكل Morphology.
4. دلالات الألفاظ ومعانيها Semantics
5. الواقعية اللغوية Pragmatics.(Smith,2007)

ولقد حدد Owens وآخرون (2007) ست فئات تشخيصية من الاضطرابات اللغوية تؤدي إلى حدوث صعوبات في ستة جوانب وهي :

1. الإدراك
2. الانتباه. .
3. الرموز واستخدامها.
4. القدرة العقلية العامة .
5. استخدام القواعد اللغوية .
6. التفاعل الاجتماعي الذي يرتبط بالتواصل . (Owens & et al ,2007)

مظاهر اضطرابات اللغة Aspects of Language Disorders

1. تأخر اللغة Language Delay: وهو عدم ظهور الكلام في السنة الأولى من عمر الطفل ، مما يؤدي إلى وجود مصاعب في التواصل الاجتماعي مع الآخرين وتأثر المخزون اللغوي لدى الطفل في مجال القراءة والكتابة فيما بعد .
2. صعوبة التذكر والتعبير Dysnomia & Apraxia: وهو وجود صعوبة في تذكر الكلمة المناسبة في الوقت المناسب ومن ثم التعبير عنها.

3. صعوبة تركيب الجملة : في هذه الحالة يصعب تركيب كلمات الجمل من حيث قواعد ومعاني اللغة من اجل إعطاء المعنى الصحيح للغة .
4. فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها Aphasia: وهو اضطراب بسببه يفقد الشخص قدرته على استعمال وفهم الكلمات المحكية، وينتج ذلك عن وجود خلل في الجزء الأيسر من الدماغ. (المعايطة وقمش،2007).
5. عدم المقدرة على إتباع التوجيهات الشفوية.
6. عدم المقدرة على موافقة الأحرف مع الأصوات.
7. نقص المفردات اللغوية.
8. عدم فهم الرسائل غير اللغوية .
9. عدم المقدرة على التعبير عن حاجاته .
10. يواجه صعوبة في إيصال رسالة أو محادثة الآخرين. (Smith, 2007).

رابعاً: اضطرابات الطلاقة: Fluency Disorders

تعرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطراب الطلاقة بأنها خلل في التعبير اللفظية يظهر على شكل تغير في معدل حدوث الكلام وتناغم كلامي غير عادي، ويمكن أن يكون مصحوباً بحركات جسمية .

ويعني اضطراب الطلاقة عدم قدرة الطفل على التكلم بسهولة نتيجة التقطيع أو التكرار، أو الإطالة في نطق حروف الكلمة،ويرافق ذلك مظاهر انفعالية كالخوف والقلق، وتظهر اضطرابات الطلاقة على شكل : التأتأة، والتلعثم، والسرعة الزائدة بالكلام، والوقوف أثناء الكلام . وفيما يلي وصف موجز لأهم مظاهر اضطرابات الطلاقة :

أ. التأتأة: Stuttering : وهو نوع من التردد والاضطراب وانقطاع سلاسة الكلام حيث يردد الشخص صوتا لغوياً متقطعاً ترديداً لا ارادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي . ويلاحظ على الشخص المصاب بالتأتأة توترا واضطراباً في حركتي الشهيق والزفير مثل انقطاع النفس ثم الانطلاق مجددا بشكل تشنجي .(Smith, 2007).

ب. التلعثم : Stammering ويعني عدم الطلاقة اللغوية المتمثلة في المعاناة في إخراج الكلمات وهو أكثر اضطرابات الطلاقة شيوعا وينتشر لدى الذكور بشكل واسع،حيث أنه يوصف بأنه انحباس أو تكرار أو إطالة للأصوات أو أشباه الجمل بحيث يضطر الشخص المصاب إلى إعادة التنفس مرة أخرى ويصاحب ذلك هز الرأس، وإغماض العينين،وكشرة في الملامح وبشكل لا إرادي .

ج. السرعة الزائدة في الكلام Cluttering: ويقصد به الكلام بشكل سريع يصعب على الآخرين متابعته والاستماع له.

د. الوقوف أثناء الكلام Blocking: أن يتوقف المتكلم عن الكلام بعد كلمة أو جملة لفترة طويلة، حيث لا يكون قد أنهى كلامه ويشعر المستمع أن المتكلم قد أنهى الكلام. (Owens,2007).

يلخص موجفورد (Mogford,1989)الخصائص التي تميز الكلام العادي من حيث الطلاقة بما يلي :

- الرتابة Sequencence : وهي قدرة الفرد على ترتيب الصوت بحيث يكون مخرجه من جهاز النطق وعلى شكل كلام ذي معنى .
- المدى :Range وهو طول مدة الوقت الذي يلزم للصوت لكي يخرج بشكل صحيح.
- الإيقاع Rhythm: وهو نطق الأصوات في نسق منظم ومتناغم وتكرارها بانتظام خلال الحديث بحيث يظهر الكلام بصورة مشوقة ومريحة للطرف المستقبل.
- المعدل Rate: وهو السرعة التي ينطق بها الفرد أي صوت من أصوات حروف الكلام المختلفة من حيث المدى في نسق تتابعي . (Mogford,1989)

ه. الحبسة الكلامية Aphasia : وهي فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها حيث لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة، كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظيا بطريقة مفهومة، إلا أن هناك أنواعا مختلفة من الحبسة الكلامية تبعا لمكان الإصابة والخصائص اللغوية التي ترافقها.

أنواع الحبسة الكلامية Types of Aphasia:

تقسم الحبسة الكلامية إلى عدة أنواع ومنها :

أ. حبسة بروكا Broca's Aphasia :

ويطلق عليها أيضا الأفيزيا الحركية والأفيزيا التعبيرية. وهاتان التسميتان مرتبطتان ارتباطا وثيقا بالمظاهر التي تميز بها المصاب الذي يعاني عادة من شلل أو ضعف في النصف الأيمن من الجسم، ويشمل ذلك أعضاء النطق وخاصة اللسان، مما يحد من قدرته على إنتاج الكلام إلى درجة كبيرة. وهذا بدوره يحد من قدرته على التعبير اللفظي وينجم هذا النوع من الأفيزيا عن حدوث تلف في التلفيف الثالث من الفص الأمامي في نصف الدماغ الأيسر . وقد سميت بروكا نسبة إلى العالم بول بروكا مكتشف المنطقة 44 في الدماغ.

أما السمات اللغوية لهذا النوع من الحبسة فتتمثل في قصر الجمل وحذف الكلمات الوظيفية كحروف الجر، والعطف، وأسماء الإشارة وغيرها، أي تغيب من كلام الفرد المصاب الأجزاء النحوية الصغيرة والتصريف الصحيح للأفعال، أي لا يلتزم بقواعد اللغة، كما يتميز بعدم الطلاقة وغياب التنويع التنغيمي، كما يرافقها عدم القدرة على تنسيق عملية الكلام، وخروج الكلام بصعوبة. أما الاستيعاب فيبقى سليما إلى حد كبير، كما تكون قدرة الشخص على إعادة الكلام محدودة نسبيا. وهناك أخطاء في النظام الصوتي والطلاقة، وبطء في الكلام والكتابة، وصعوبة في تقليد الأصوات بسبب مشاكل الكلام التي لديه .

ب. حبسة فيرنكا Wernicke's Aphasia:

وتعرف ايضا بالافيزيا الاستقبالية أو الحسية، وتنجم عن حدوث تلف في التلفيف الأول الصدغي من النصف الأيسر في الدماغ . وهي نتيجة تلف في الخلايا العصبية في الدماغ التي تساعد في تكوين الصور السمعية للكلمات والأصوات، وينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم الكلامي وهو من أشكال بالافيزيا الحسية، حيث تكون حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها لدى السامع . ومن أبرز سماتها أن الفرد المصاب يستطيع فهم كل لفظ في الجملة الواحدة ولكنه لا يستطيع فهم معنى الجملة كاملة، وهي بالافيزيا المعنوية، كذلك يستخدم كلمات في غير مواضعها .وجود طلاقة في الكلام ولكن دون معنى، ويتأثر استيعاب المصاب بهذا النوع من الحبسة الكلامية بشكل كبير، كما يقوم

المصاب بتشكيل كلمات جديدة عن طريق استبدال صوت أو مقطع في الكلمة بصوت أو مقطع آخر، غير أن قدرته على تنويع الأنماط التنغيمية تبقى سليمة .

ج. حبسة التوصيل :Conduction Aphasia

ينجم هذا النوع من الحبسة عن حدوث تلف في الحزمة العصبية التوصيلية التي تصل بين منطقة بروكا ومنطقا فيرنكا، مما يؤدي إلى عدم القدرة على نقل المعلومات من منطقة فيرنكا إلى منطقة بروكا المجاورة لها وبالعكس، ومن أبرز سماتها عدم قدرة الشخص على إعادة الكلام أو تقليد الكلام، بينما تكون الطلاقة الكلامية والقدرة على الاستيعاب طبيعيتين إلى حد كبير. .

د. حبسة التسمية Anomic Aphasia (تسمية الأشياء)

تعرف بالأفيزيا النسيانية ويكون هذا النوع من الحبسة الكلامية مصاحبا لحبسة بروكا، ومن أبرز سماتها عدم قدرة الشخص على استرجاع أسماء الأشياء أو الصور عندما يطلب إليه تسميتها، على الرغم من معرفته لوظيفتها وكيفية استخدامها، لذا يقوم بالحديث عن وظيفتها وكيفية استعمالها بدلا من تسميتها وتشمل الأشياء المسموعة والملموسة . مع العلم أن نطق الشخص وقدرته على الاستيعاب تكون طبيعية إلى حد كبير وقدرته على تذكر الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة تكون سليمة.(Ratner & Harris, 1994; Owens & et al,2007; Smith, 2007).

اضطرابات اللغة والكلام

تعتبر اللغة والكلام أداة للتواصل ويعتبر ايضا التواصل طريقة لمشاركة المعلومات بين فردين أو أكثر، ويتكون التواصل من عدة وظائف مثل الطلب، والرفض، والتعليق،و والمجادلة، والمساءلة ...وغيرها . (Hallahan & Kauffman, 2007) .

يعرف سميث Smith,2007 الكلام على انه النتاج الصوتي للغة، حيث تؤثر إضطرابات الكلام على محتوى اللغة والوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للمتكلم. واضطرابات الكلام متعددة ويمكن إيجازها بما يلي :

أ. ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (2- 5) سنوات.

ب. التردد في الكلام أو ما يسمى بالتأتأة Stuttering

ج. احتباس الكلام Aphasia

د. الكلام الانفجاري Explosive Speech

ه. بعثرة الكلام Slarring(Smith, 2007)

أسباب اضطرابات الكلام Causes of Speech Disorders

تختلف أسباب اضطرابات الكلام حسب العمر والبيئة ومعظمها تعود إلى أسباب عضوية مثل إصابة احد أجزاء الكلام والتنفس أو الجهاز العصبي، وهذا يرجع إلى عوامل ولادية، أو عوامل ما قبل الولادة أو أسباب تعود لعوامل نفس تربوية مرتبطة بالأسرة وعوامل التنشئة الاجتماعية . وتتلخص العوامل المسببة لاضطرابات الكلام بما يلي:

1. عوامل عضوية : وتتحدد في إصابة احد الأعضاء المشاركة في عملية النطق والكلام، وأكدت الدراسات أن أي خلل في أعضاء أجهزة الكلام، وإصابات الدماغ أو الحلق والحنجرة من شأنهم أن يؤثر في طبيعة الكلام لدى الفرد .
2. الأسباب الاجتماعية والتربوية: وترجع هذه الأسباب إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية وفقر البيئة الثقافية.
3. الأسباب النفسية والوجدانية : معظم حالات اضطرابات الكلام ترجع إلى أسباب عضوية كلية، أو نفسية،أو للسببين معا، فضعف الثقة بالنفس،وعدم القدرة على توكيد الذات، وتصدع الأسرة، ومشكلاتها الحادة والحرمان العاطفي من الوالدين، والخوف الزائد من الوالدين على طفلهما،والرعاية الزائدة والتدليل المفرط، جميعها يؤثر سلبا على جودة الكلام لدى الطفل. (الروسان، 2010) (Smith,2007).

العوامل التي ساعدت في انتشار اضطرابات اللغة والكلام:

1. الإعاقات السمعية وضعف السمع والقصور في التمييز السمعي.
2. ربط اللسان.
3. خروج اللسان للخارج.
4. عدم تطابق الفكين.

5. شلل في عضلات النطق.
6. عدم وجود تناسق في عضلات النطق.
7. إصابة أحد الوالدين باضطرابات التواصل.
8. تقليد الطفل للوالدين المضطربين لغوياً.
9. مستوى الأسرة الثقافي والاجتماعي.
10. ترتيب الطفل في الأسرة.
11. حجم الأسرة. (Owens & et al,2007)

الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطرابات التواصل

Behavioral Characteristics of Children with Communication Disorders

تعتبر فئة الأطفال من ذوي اضطرابات التواصل كبيرة وخصائصها متباينة، وذلك لارتباط اضطرابات التواصل بمظاهر الإعاقة العقلية، و السمعية،و الانفعالية، وصعوبات التعلم و الجسمية، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تحديد خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية العقلية، أو الجسمية،أو الانفعالية، أو المعرفية لهذه الفئة إلا انه يمكن الإشارة إلى خصائص عامة أشارت إليها بعض الدراسات وأشار كل من هالاهان وكوفمان إلى أن مستوى أداء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة العقلية متدنيا مقارنة مع الأطفال العاديين، كذلك الحال فيما يتعلق بالتحصيل والسلوك التكيفي، وذلك لان نسبة كبيرة من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية هم من ذوي الإعاقات الأخرى المختلفة .

أما فيما يتعلق بالخصائص الانفعالية والاجتماعية لهذه الفئة فتتصف بمستويات عالية من القلق و التوتر وعدم الثقة بالنفس والإحباط والشعور بالذنب، والقيام بالسلوكيات غير تكيفيه كالسلوك العدواني، والشعور بالرفض من قبل الآخرين، والانسحاب من المواقف الاجتماعية والشعور بالفشل. وقد تصدر هذه الاستجابات عن الفرد من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية بفعل اتجاهات الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه، وقد يعامل الفرد بطريقة مبالغ فيها مثل الحماية الزائدة، أو الرفض أو العزل.

أما بالنسبة للخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية فيمكن إجمالها بشكل عام بما يلي:

1. يواجه الأفراد الذين يعانون ضعفا في اللغة من صعوبة التفكير في الكلمة المناسبة عندما يتكلمون، ويمكن التغلب على هذه المشكلة من خلال تدريبهم على تنظيم استجاباتهم بصورة منطقية وذلك من خلال تقديم التعزيز لهم عند طرح أكبر عدد ممكن من الكلمات التي ترتبط بفكرة معينة

2. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشكلات في استخدام المعلومات اللفظية للوصول إلى استنتاجات ملائمة، و يمكن التخلص من هذه المشكلة عن طريق تدريب الأطفال على تجزئة و تحليل المهارات اللغوية إلى أجزاء صغيرة للوصول إلى تعلم المهارة اللغوية في نهاية المطاف

3. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة المنطوقة صعوبات في تعلم مفردات جديدة، ويمكن التغلب على هذه المشكلة عن طريق استخدام التعلم متعدد الحواس، فقد يجد الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية ضعفا في معالجة المعلومات سمعيا، ولذلك يجب استغلال الصور، ومشاهدة الأفلام، والتعليم من خلال اللعب أو الدراما لتدريب الأطفال على تعلم مفردات جديدة، ويتم ذلك من خلال استخدام طريقة الإعادة المتكررة والتعزيز

4. يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشاكل في فهم الكلمات ذات المعاني المتعددة، فهم قد يعرفون معنى الكلمة ولكنهم يستخدمون هذا المعنى في مواقف غير مناسبة، أي عدم القدرة على تعميم استخدام هذه الكلمات في المواقف المناسبة، و لذلك يجب استخدام أسلوب التعليم الذي يركز على استخدام الأدوات والوسائل التعليمية التي تساعد في ترسيخ هذه الكلمات في ذهن المتعلم.

5. يواجه الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية مشاكل في التكيف الاجتماعي فقد تكون استجاباتهم الاجتماعية غير ملائمة، و ذلك بسبب اعتماد النمو الاجتماعي على اللغة بشكل أساسي حيث يواجه الأشخاص من ذوي المشكلات اللغوية والكلامية صعوبة في متابعة و استيعاب الكلام، و كذلك الانتقال

من موضوع لأخر، مما يؤدي إلى ظهور مستويات عالية من القلق، والشعور بالذنب، والإحباط، و قد يؤدي إلى العدوان الموجه نحو الذات أو الآخرين أو الممتلكات.

ولمواجهة هذه المشاكل يجب أن يتوفر للطفل التعزيز والدعم والتفهم للمشكلة والعمل على تنمية قدراته اللغوية إلى أقصى درجه ممكنة والعمل على تهيئة الظروف الاجتماعية والبيئية الملائمة للطفل و الداعمة له.

وأشار اوينز وآخرون(Owens & et al,2007) إلى أن أهم الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطرابات التواصل هي :

1. عدم فهم الأوامر والتعليمات .
2. عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم.
3. صعوبة تعلم مفردات جديدة .
4. ضعف في استخدام المعلومات اللفظية للتواصل .
5. الانسحاب من التفاعل الاجتماعي .
6. تأخر في النمو الاجتماعي .
7. ردود فعل انفعالية مثل : الخوف والتوتر والشعور بالنقص والفشل والشعور بالرفض من قبل الآخرين. (Owens & et al,2007)

تشخيص اضطرابات التواصل Diagnosis of Communication Disorders

يؤكد السرطاوي وعواد (2011) أن إجراءات تشخيص ذوي اضطرابات التواصل تمر بالمراحل التالية:

1. دراسة تاريخ الحالة: وهنا يطلب الأخصائي تعبئة معلومات عن حياة الطفل وملء استمارة تاريخ الحالة التي تتضمن بعض المعلومات عن الطفل كالبيانات العامة وتاريخ الولادة والتاريخ الصحي والأمراض التي أصيب بها والحوادث التي تعرض لها، والمشكلات الاجتماعية التي يعاني منها، وطبيعة علاقته بوالديه وأخوته، وأسلوب معاملة الوالدين له وطبيعة سلوكه.

2. **فحص أعضاء النطق أو مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي:** إن الفحص والتشخيص الطبي ذو أهمية بالغه حيث يزود الأخصائيين بمعلومات عن الصحة العامة للطفل وحالة أجهزه جسمه، ومدى كفاءة حواسه وخاصة السمع، والبصر، وسلامة المخ .

3. **تقييم كفاءة النطق:** باستخدام مقياس للنطق لتحديد قدرة الطفل على نطق كافة الحروف الهجائية ونوع الاضطراب سواء كان، حذفا، أو إبدالا، أو تحريفا، أو إضافة، ودرجته ووضعه في الكلمة (أول الكلمة– وسط الكلمة – أخر الكلمة).

4. **فحص السمع :** عند إجراء تشخيص دقيق لمعرفة اضطراب النطق فلا بد من فحص السمع.

5. **إجراء الاختبارات القياسية :** يجب استخدام العديد من الاختبارات والمقاييس ذات العلاقة ومن أبرزها اختبار فشر لوفمان للكفاية النطقية، ومقياس الاستيعاب السمعي للغة، ومقياس الصوتي، ومقياس أريزونا لبراعة النطق واختبار القابلية للاستثارة

6. **الفحص النفسي للطفل:** يعد الفحص النفسي هاما في نوعية المتغيرات النفسية التي لها أهمية كبيرة في عملية الكلام.

7. **كتابة تقرير نهائي ووضع الخطة العلاجية:** تعد المرحلة الأخيرة من عملية التشخيص والتقييم وتتمثل في كتابة التقرير النهائي ووضع الخطة العلاجية.

(السرطاوي وعواد، 2011)

قياس العوامل النفسية المرتبطة باضطرابات التواصل تأخذ واحداً أو أكثر من الأشكال التالية :

1. المنحنى التشخيصي العلاجي (Diagnostic – Prescriptive Approach)

ويركز على دراسة خصائص الفرد السلوكية ويفترض هذا المنحى أن اضطرابات التواصل ناتجة عن خلل نمائي أو اضطراب نفسي، ويعد تحديد أسباب الاضطراب يقدم العلاج المناسب، وقد يشمل العلاج تحليل مهارات الفرد الكلامية واللغوية لدى الفرد وتحديد المهارات التي يفتقر إلى تدريبه عليها.

2. المنحنى السلوكي التعليميةEducational Behavioral Approach :

يقيم هذا الاتجاه اضطرابات اللغة والكلام على أساس مبادئ التعلم السلوكي الإجرائي ويحدد المثيرات البيئية واللفظية ذات العلاقة بالاضطراب التواصلي وتحديد المفردات وطرق تعديل السلوك المفيدة في العلاج.

3. المنحنى التفاعلي بين الشخصي Interactive – Interpersonal Approach :

ويركز هذا المنحى على تحديد مواطن الضعف والقوى لدى الفرد في مجال استخدام الكلام و اللغة في الاتصال مع الآخرين، بهدف تنظيم الأنماط السلوكية المناسبة لدى الفرد.

4. المنحنى النفسي التحليلي Psychoanalytic Approach

ويهدف هذا المنحنى إلى تحديد العوامل النفسية والانفعالية ذات العلاقة باضطرابات التواصل خاصة في غياب الأسباب البيولوجية أو العضوية وقد تكون مسؤولة عن الاضطراب، ويعتقد أصحاب هذا المنحنى بأن الأفكار المكبوتة في اللاشعور هي المسئولة عن حدوث الاضطرابات، ولذلك فإن العلاج ينصب على إخراجها من اللاشعور إلى الشعور، وقد يفيد في العلاج الاختبارات الاسقاطية والدراما.

5. المنحى البيئي الشمولي Holistic Approach

ويهدف إلى دراسة جميع الخصائص الشخصية والأبعاد البيئية التي ترتبط باضطرابات التواصل . وتتضمن عملية القياس والتشخيص تقييما لديناميكية الشخصية لدى الفرد والمهارات اللفظية وغير اللفظية، والحاجات الإرشادية، ومهارات التواصل الاجتماعي. (الخطيب والحديدي، 2010).

قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية

Diagnosis and Measurement of Language Disorders

تعمل المقاييس والتشخيص على جمع المعلومات عن البناء اللغوي لدى الفرد ومحتواه ودلالات الألفاظ، واستخدام اللغة والنطق،والكلام، والطلاقة اللغوية وخصائص الصوت، والهدف من التشخيص هو تحديد طبيعة اضطراب التواصل ومعرفة مدى قابليته للعلاج، ويتطلب ذلك دراسة حالة الطفل التي يجب أن تحتوي على المظاهر النمائية والتطورية لدى الطفل.

ويشير الروسان (2010) إلى أن عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية تمر بعدة مراحل ومن أهمها :

أولاً: مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشاكل اللغوية:وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات، والمعلمون والمعلمات، مظاهر النمو اللغوي، وخاصة مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بواسطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي. وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.

ثانياً : مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة يحول الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك بأنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي، وذلك لمعرفة مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق، واللغة، كالأذن، والأنف، والحبال الصوتية، واللسان، والحنجرة.

ثالثاً : مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويلهم إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلم، وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات السابقة، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها، ويستخدم ذو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية أو السمعية أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم.

رابعاً: مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وعلى ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال :

أ. اختبار الينوي للقدرات السيكولوجية، والذي يتكون من اثنى عشر اختباراً فرعياً، ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة.

ب. اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم، ويتكون هذا الاختبار من 24 فقرة موزعة على خمسة أبعاد، وقد تم تطوير هذا المقياس على عينة أردنية.

ج. مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا ويتألف هذا المقياس من 81 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي:

- الاستعداد اللغوي المبكر.
- التقليد اللغوي المبكر.
- المفاهيم اللغوية الأولية.
- اللغة الاستقبالية .
- اللغة التعبيرية . (الروسان، 2010)

علاج اضطرابات التواصل Treatment of Communication Disorders

إن الهدف الرئيسي للعلاج يتمثل في تدريب الطفل على إصدار الأصوات غير الصحيحة بطريقة صحيحة ويكون البرنامج على شكل جلسات علاجية وقد تكون فردية أو جماعية أو مشتركة معاً حيث يقوم بإعدادها أخصائي عيوب النطق و يجدر الإشارة هنا إلى أن لكل طبيب خبرته الخاصة في ذلك حيث يجب على الطبيب أو الأخصائي أن يقوم بما يلي:

1. قياس معامل ذكاء الطفل لاستبعاد مشاكل الإعاقة العقلية.
2. إجراء دراسة حالة للطفل وتشمل أسرته، وطرق تنشئته، والأمراض التي أصيب بها، ومشكلات النمو المختلفة.
3. تشخيص الاضطراب ومعرفة سببه هل هو نفسي سيكولوجي أو غيره، ومعرفة نوع هذا الاضطراب وشدته، والعلاجات التي استخدمت مع الحالة والتأكد من أن الحالة لا تعود إلى مشكلات في السمع.
4. مراقبة الطفل من خلال اللعب الحر، ومشاهدته خلال عملية التحدث والقفز وغيرها.

5. ملاحظة قدرة الطفل على التوازن.

6. ملاحظة مشاكل الطفل هل هي عدوانية أم انسحابية أم غيرها.

بعد القيام بهذه الإجراءات ترسم الخطة العلاجية وقد تكون فردية أو جماعية وعلى المدرس أو الأخصائي القيام بما يلي:

1. توظيف ما تعلمه الطفل من أصوات جديدة أثناء القراءة الجهرية.

2. مساعدة الطفل على التعرف على الكلمات من خلال تدريبه على التهجئة التي تحتوي على الأصوات التي يتدرب عليها في البرنامج العلاجي.

3. إشراك الطفل في نشاطات خاصة بالنطق واللغة وتعليمه طرق إخراج الأصوات المختلفة وتدريبه على تمييز هذه الأصوات.

4. عدم الاستهزاء من لغة الطفل.

5. أن يعي ويحدد الأصوات المراد تعليم الطفل عليها في البرنامج العلاجي وأن يعزز الطفل على تقليدها عن طريق التشجيع والاستحسان أو الجوائز المادية أو غيرها.

6. تحويل الطفل إلى طبيب نفسي إذا كانت مشكلاته تعود لأسباب نفسية كالخجل مثلاً.

(العزة، 2001; ابو حلتم، 2005).

يمكن تحديد علاج معين لاضطرابات التواصل من قبل طبيب الطفل، و معلمي التربية الخاصة،ومعلمي اللغة والكلام، والعاملين في مجال الصحة النفسية و على أساس:

1. سن وصحة الطفل، والتاريخ الطبي.

2. مدى الاضطراب.

3. نوع الاضطراب.

4. مدى تحمل الطفل للأدوية أو العلاجات المحددة.

5. توقعات مسار الاضطراب.

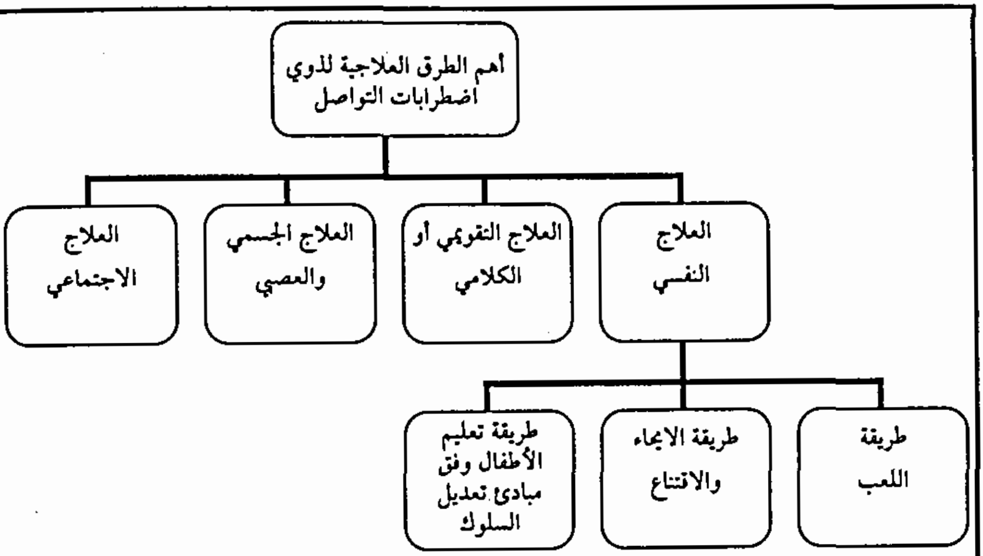
6. رأي الأهل وخياراتهم المفضلة.

إن الجهود المنسقة بين الآباء والمعلمين والعاملين في مجال اللغة والكلام والصحة العقلية يوفر الأساس لإستراتيجيات العلاج الفردية التي قد تشمل المعالجة الفردية أو الجماعية، والفصول الخاصة، أو الموارد الخاصة للعلاج طريقتان وهما :

الطريقة الأولى: استخدام تقنيات علاجية لزيادة مهارات الاتصال في مجالات الاضطراب.

الطريقة الثانية: مساعدة الطفل على بناء نقاط القوة لديه للتغلب على اضطراب التواصل.(الجلامدة، 2012)

التدخل العلاجي والتربوي لاضطرابات التواصل :



شكل رقم (3) طرق التدخل العلاجي والتربوي لاضطراب التواصل .

وفيما يلي شرح موجز لكل نوع من أنواع الطرق العلاجية والتربوية عند ذوي اضطرابات التواصل :

1. **العلاج النفسي :** ويهدف إلى إزالة التردد والخوف وإيجاد الجرأة والأمن والثقة لدى الطفل وذلك من خلال طريقة اللعب التي تساعد على وضع الطفل في جو مريح يسهم في الكشف عن رغبات الطفل دون تردد أو خوف والتعبير عن المشاعر الداخلية في بيئة مريحة ومقبولة مع توثيق ثقة الطفل مع الأخصائي المعالج . أما

طريقة الإيحاء والإقناع فهي طريقة مناسبة للأفراد الذين لـديهم اللجلجـة للتخفيـف والتخلص من إحساس الفرد الشعور بالنقص والقصور، وزرع الثقة في نفس الفـرد المتلجلج .أما طريقة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، مـن خـلال أسـاليب تعديل السلوك ضمن التعزيز الايجـابي أو الـسلبي أو العقـاب أو التقليـد أو تـشكيل السلوك .

2. **العلاج التقويمي أو العلاج الكلامي** : ويقـصد بـه تـدريب الطفـل ومـساعدته علـى النطق السليم للحروف أو الكلمات عن طريـق التمـارين الخاصـة وذلـك مـن قبـل مهنيين مختصين باللغة واضطراباتها .
3. **العلاج الجسمي والعصبي** : ويشير العلاج الطبي والجراحي للعيوب الجسمية بـأجهزة النطق التي تسبب عيبا في عملية النطق كالشفة الارنبيـة، أو تـشوه الأسـنان،أو خلـل الحبال الصوتية أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام في الدماغ.
4. **العلاج الاجتمـاعي** : يـشير ميجفـورد وسـادلر(Megford & Sadler,(1989 إلى أن الهدف من العلاج الاجتماعي هو تغيير اتجاهات الأفراد الذين لديهم اتجاهات سـلبية ذات العلاقة بالمشكلة، مثل اتجاهات الأفراد نحو المعلمين، أو الزملاء، أو الوالـدين و الأخوة، وكذلك توفير البيئة الملائمة كعلاج بيئي، وذلك من خلال تحـسين معاملـة الأفراد ذوي مشكلات التواصل مـن قبـل الأفـراد المحـيطين. Megford & Sadler, (1989)

البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية

Educational Programs for Children with Language Disorders

تعـرف المنظمــة الأمريكيــة للنطــق واللغــة والــسمع (ASHA) الاضــطرابات اللغوية (Language Disorders) بأنها "إعاقة أو انحراف في تطـور الاسـتيعاب أو اسـتخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة أو أية رمـوز أخـرى، ويـشمل الاضـطراب شـكل اللغـة (النظـام الفونولوجي والصرفي والنحوي)، ومحتواها (النظام الدلالي) واستخدامها في عملية التواصل (النظام الوظيفي)، وقد يتمثل الاضطراب في جانب أو أكثر من هذه الجوانب الثلاثة للغة.

وتحدث الاضطرابات اللغوية عند الأطفال نتيجة أسباب بيئية ونفسية وعصبية والـتي يصابون بها قبل الولادة أو بعدها، حيث تعتبر الاضطرابات اللغوية قاسما مشتركا بين عـدد

من فئات التربية الخاصة كفئة الإعاقة العقلية، وفئة صعوبات التعلم، وحالات الشلل الدماغي، والمعاقين سمعيا، وفئة الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية واضطرابات طيف التوحد، وأخيرا الأطفال ذوي الأسباب العضوية المتمثلة في الجهاز الصوتي والتنفسي.

يقصد بالبرامج التربوية لذوي الاضطرابات اللغوية بأنها طرق تنظيم برامج الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وتحديد نوعية تلك البرامج . وتعتبر مراكز الإقامة للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من أقدم تلك المراكز حيث تقدم لهؤلاء الأطفال والذين يمثلون في الغالب الإعاقة العقلية أو السمعية أو الانفعالية أو الشلل الدماغي أو صعوبات التعلم برامج صحية و اجتماعية وتربوية في المراكز نفسها ويلي ذلك مركز التربية الخاصة النهارية ثم الصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، ثم دمج الطلبة ذوي المشكلات اللغوية في الصفوف العادية وهو يمثل الاتجاة التربوي الحديث في تنظيم برامج الأطفال ذوي المشكلات اللغوية ومهما كان شكل تنظيم برامج الأطفال فلابد وان تتضمن تلك البرامج المهارات الأساسية في تعلمهم وهي :

1. مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من قبل أخصائيين في تعلم اللغة واضطراباتها وتبدو مهمة هذا الأخصائي في قياس وتشخيص مظاهر النطق واللغة، ومن ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل منهم .
2. مهارة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه، ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم على أساليب تعديل السلوك والمتمثلة في أساليب التعزيز الايجابي أو السلبي أو العقابي أو تشكيل السلوك أو التقليد.
3. مهارة اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها وهى مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية والعمل مع الطلبة وحثهم على اختيار الموضوعات المحببة والمشوقة لهم، إذ يعمل ذلك على تشجيعهم على الحديث عن تلك الموضوعات، كما يعمل على تخفيف التوتر الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية .
4. مهارة استماع معلم الأطفال ذوي المشكلات اللغوية لحديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر صعوبة قبولهم وخاصة الأطفال ذوي المشكلات اللغوية المتمثلة في التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام .

5. مهارة تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية وخاصة مشكلات التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام

6. مهارة تقليد نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة ويقصد بذلك تشجيع الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح أو العمل على تقليد النماذج الكلامية الصحيحة وتعزيزها وخاصة إذا ما استخدم أسلوب تحليل المهارات المصحوب بالتعزيزات الايجابية .

7. مراعاة مهارات تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والسمعية والانفعالية والشلل الدماغي وصعوبات التعلم والذين يظهرون اضطرابات لغوية وخاصة فيما يتعلق باستخدام الإيحاءات أو الإشارات أو النماذج الكلامية. (العزالي،2011)

إرشادات لأسر الأطفال ذوي اضطرابات التواصل

Guidance to Families of Children With Communication Disorders

1. توفير جو منزلي هادئ.
2. كن نموذجا للطفل من خلال الحديث الهادئ معه.
3. اجعل الطفل يشعر انك تحبه وتقدره وتستمتع بالحديث معه .
4. انظر إلى الطفل وهو يتكلم ولا تبعد نظرك عنه .
5. أعط وقتاً للطفل لينهي حديثه دون مقاطعة.
6. استمع بإنصات وصبر إلى حديث طفلك دون التركيز على طريقة كلامه أو تلعثمه.
7. لا تحاول أن تكمل كلام الطفل نيابة عنه لاستعجال الحديث للأطفال المصابين بالتلعثم
8. لا تنتقد كلام الطفل وتجنب تصحيح الأخطاء باستمرار .

(Hallahan & Kauffman, 20007; Smith, 2007)

إرشادات لمدرسي الأفراد ذوي اضطرابات التواصل داخل الصفوف العادية :

1. أن يكون المعلم قدوة ونموذجا ايجابيا من خلال التواصل الفعال أمام الطلبة حتى يتم تقليده من قبل الطلبة .

2. عدم السماح لأي نوع من أنواع الاستهزاء أو السخرية من قبل الطلبة العاديين على طريقة كلام الأفراد ذوي الاضطرابات التواصلية .
3. خلق جو مريح يساعد على المناقشة والحوار والتعلم دون ضغط أو توتر داخل الصف.
4. استخدام أسلوب القراءة الجماعية لإزالة ضغط الكلام لدى الأفراد الذين يعانون من التأتأة واللجلجة.
5. أن يبذل المعلم جهدا في التحدث مع الطلبة حتى لا يشعروا في الحرج من حالتهم .
6. التنوع بطريقة طرح الأسئلة سواء متعددة الخيارات أو أسئلة إجابتها نعم أو لا وغيرها من أجل خلق فرص لطلبة ذوي اضطرابات للمشاركة في الحديث والتفاعل في الصف دون إحراج .
7. تشجيع الطلبة استخدام مهارات التواصل المناسبة داخل الصف وفي المناسبات الاجتماعية المتعددة والاستجابة لمحاولات الطلبة المختلفة.
8. إيجاد بيئة صفية داعمة من خلال مساعدة الطلبة العاديين لزملائهم ذوي اضطرابات التواصل.
9. بقاء التواصل البصري مع الطلبة ذوي اضطرابات اللغة خلال فترة المحادثة.

(Hallahan & Kauffman, 20007; Smith, 2007)

مراجع الفصل الثامن

المراجع العربية

- أبو حلتم، سعيد (2005) مهارات السمع والتخاطب والنطق المبكرة، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- بدر، إسماعيل (2010) مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار الزهراء – الرياض.
- البيبلاوي، ايهاب (2006) اضطرابات التواصل، ط5، دار الزهراء ، الرياض – المملكة العربية السعودية .
- الجلامدة، فوزية (2012) مصطلحات ونصوص في التربية الخاصة باللغة الانجليزية– قراءات، الطبعة الأولى،دار الزهراء – الرياض .
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2011) مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان - الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى(2010) المدخل إلى التربية الخاصة، دار الفكر، عمان – الأردن.
- الخطيب، جمال، الصمادي، جميل، الروسان، فاروق، والحديدي، منى، يحي، خوله، الناطور، ميادة، إبراهيم والمعايرة، موسى والسرور، نادية (2011) مقدمة في تعليم تعليم ذوي الحاجات الخاصة، الأردن، دار الفكر .
- الروسان، فاروق (2000) مقدمة في الاضطرابات اللغوية، ط1، دار الزهراء، الرياض – المملكة العربية السعودية .
- الروسان، فاروق (2010) سيكولوجية الأطفال غير العاديين – مقدمة في التربية الخاصة، ط8، دار الفكر، عمان – الأردن .
- السرطاوي، زيدان، عواد، أحمد (2011) مقدمة في التربية الخاصة، ط1، دار الناشر الدولي، الرياض – المملكة العربية السعودية .

- السرطاوي، عبدالعزيز، أبو جودة، وائل (2000) اضطرابات اللغة والكلام، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض – المملكة العربية السعودية .
- عبد العزيز، السيد الشخص (2006) اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها – تشخيصها – أنواعها – علاجها)، ط2، مطبعة العمرانية للأوفس، القاهرة – جمهورية مصر العربية .
- عبدالله محمد، عادل (2008) سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعلمهم، (مترجم)، ط1، دار الفكر، عمان – الأردن .
- العزالي، سعيد (2011) اضطرابات النطق والكلام، ط1، دار المسيرة، عمان – الأردن .
- العزة، سعيد حسني (2001)الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، ط1، دار العالمية الدولية للنشر والتوزيع .
- الفارع، شحادة، عمايرة موسى، حمدان، جهاد، العناني محمد (2000) مقدمة في اللغويات المعاصرة، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع .
- القريوتي، يوسف،السرطاوي، عبدالعزيز، الصمادي، جميل (2003) المدخل إلى التربية الخاصة، ط3، دار القلم للنشرو التوزيع – الإمارات العربية المتحدة
- قطب،محمد، بركة، محمد (1997) نحو مستقبل أفضل للمعاقين تخاطبيا، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة المعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد (51)، السنة الرابعة عشر - سبتمبر (44 – 52) .
- القمش، مصطفى، المعايطة، خليل(2010) سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة –مقدمة في التربية الخاصة، ط2،دار المسيرة، عمان – الأردن .
- قنديل، محمد، وبدوي، محمد رمضان (2005) مهارات التواصل بين البيئة والمدرسة، ط1، دار الفكر، عمان – الأردن.
- الوقفي، راضي (2001) أساسيات التربية الخاصة دار الفكر، عمان – الأردن

المراجع الأجنبية

- Bloom, L. (1991), Language Development from tow to three. NY: - Cambridge University Press.
- Fitzgerald, Hiram E. Strommen, Ellen A & Making, Paul. (1977). Developmental Psychology: The Infant & young Child. The Doressy Press Illinois.
- Hallahan, D. P & Kauffman , J. M. (2007). Exceptional Learners: An Introduction to Special Education (10th Ed.).Boston: Allyn & Bacon.
- Hunt, N., & Marshal, K. (2006).Exceptional Children & Youth: An Introduction to Special Education. (4th Ed.). Boston: Hoaghton Mifflin.
- Justice, L.M. (2006). Communication Sciences & Disorders : An Introduction. Upper Saddle River, NJ: Prentic Hall.
- -Mogford, K., Sadler, J. (1989), Child Language Disability: Implication in an Educations Setting. Philadelphia: Multilingual Matters.
- Owens, R, E, (2001), Language Development: An Introduction. Boston: Allyn and Bacon.
- Owens, R.E, Metz, D. E. ,Haas, A. (2007). Introduction to Communication Disorders: A Lifespan Perspective. (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- -Ratner, V. and Harris, L. (1994), Understanding Language Disorders: the impact on Learning. Eau Claire, Wisconsin: Thinking Publication.
- Smith, D.D. (2007).Introduction to Communication Disorders : A lifespan perspective. (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Werts, M. G., Culatta, R.A., Tompkins, J.R. (2007). Fundamentals of Special Education: What Every Teacher Needs to Know. (3rd ed.). upper Saddle River, NJ: Prentic Hall.

الفصل التاسع

الإعاقة الجسمية والصحية

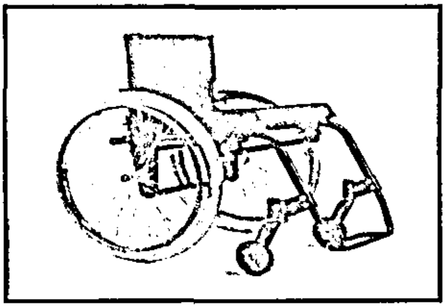
المقدمة
تعريف الإعاقة الجسمية والصحية
نسبة حدوث الإعاقة الجسمية والصحية
تصنيف الإعاقة الجسمية و الصحية
التقييم التربوي للأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية
البدائل التربوية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية والصحية
إرشاد الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية
الأطراف الصناعية
مراجع الفصل التاسع

الفصل التاسع

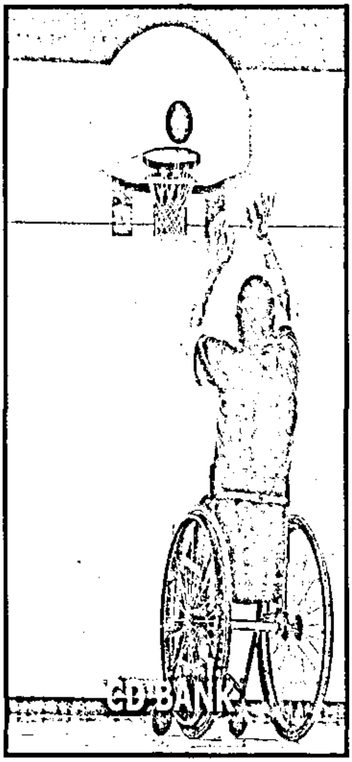
الإعاقة الجسمية والصحية

Physical & Health Impairments

المقدمة



تمتاز الإعاقة الجسمية والصحية بدرجة التباين الكبيرة بين أفرادها فهي فئة غير متجانسة من حيث الأسباب ومن حيث التأثيرات المختلفة للإعاقة . وكذلك غير متجانسة من حيث الاحتياجات والخدمات التأهيلية اللازمة للأفراد.



وكذلك تشكل فئات غير متجانسة من حيث الأسباب فهناك الأسباب الخلقية الولادية (congenital causes) وهي التي تحدث قبل الولادة أو أثناءها، وهناك الأسباب المكتسبة (acquired causes) التي تحدث بعد الولادة . وكذلك من حيث تأثيراتها على الأفراد فهناك تأثيرات حسية ونفسية ومهنيه وسمعية وغيرها .

ويعاني الأفراد ذوو الإعاقة الجسمية والصحية من جوانب القصور التي تفرضها حالتهم الجسمية أو الصحية والتي تمنعهم من القيام بالأدوار المتوقعة منهم من ناحية، ومن محاولة السعي لنيل تقبل الآخرين المحيطين بهم من ناحية أخرى، لذا لابد من تقديم خدمات إرشادية وتأهيلية تلزمهم لتحقيق التكيف المناسب.

ويحتاج الأفراد ذوو الإعاقة الجسمية والصحية إلى الخدمات الطبية التأهيلية المتخصصة كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج النطقي لتطوير مهاراتهم وقدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة من الاستقلالية التي تسمح بها قدراتهم .

ويناقش هذا الفصل بشيء من التفصيل موضوعات الإعاقة الجسمية والصحية بما يفيد المتخصصين في هذا المجال والله الموفق.

تعريف الإعاقة الجسمية والصحية

من الصعب بمكان جمع فئات الإعاقة الجسمية والصحية في تعريف واحد وذلك لتنوع الحالات وعدم ارتباطها ببعضها البعض. ولكن يمكن القول بأنها إعاقة تفرض قيوداً جسمية أو صحية على الأفراد إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات التربية الخاصة وما يتم تقديمه فيها من تدريب أو علاج أو أجهزة تعويضية.(Hallahan.et al 2006).

والإعاقة تعتبر نسبية للإفراد بحسب النظرة المجتمعية السائدة، وبحسب اتجاهات الأفراد في المجتمع للشخص المعاق، ويجدر الإشارة هنا إلى مصطلحات كثيرة يكثر الخلط فيها وهي مصطلح العجز(Disability) ومصطلح الإعاقة (handicap) فهما يستخدمان بشكل متبادل إلا أن هناك فروق بينهما فيشير مصطلح العجز إلى قصور جسمي أو عضوي قابل للقياس بصورة موضوعيه كمثال فقدان اليد أو القدم وأما مصطلح الإعاقة فيشير إلى تأثيرات هذا العجز على الفرد في أوقات معينة وبالتالي فهو يعكس علاقة جسمية ونفسية بالغة التعقيد .(الخطيب 2009) .

نسبة حدوث الإعاقة الجسمية و الصحية

إن تقدير نسبة حدوث الإعاقة الجسمية والصحية ليس بالأمر السهل وذلك لأسباب تتعلق بتعريف الإعاقة من ناحية وللتباين الكبير بين فئاتها من ناحية أخرى.

وبناءاً على ذلك يمكن تقدير النسبة تقديراً كما قدرها المكتب الأمريكي للتربية بـ (0،5)٪ وهي بذلك تعتبر من الإعاقات قليلة الحدوث مقارنةً بفئات الإعاقة الأخرى كحال الإعاقة العقلية وصعوبات التعلم (الببلاوي2010) .

وحول نسبة انتشارها في الوطن العربي فلا يمكن تحديدها لعدم توفر بيانات أو إحصائيات يمكن الوثوق بها تحدد النسبة في البلدان العربية.

تصنيف الإعاقة الجسمية و الصحية

تصنف الإعاقة الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية هي :

1. إصابات الجهاز العصبي (NeurologicalImpairments)

تنجم عن إصابات الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) وتتراوح في درجاتها بين البسيط والشديد وتضم ما يلي :-

- الشلل الدماغي cerebral Palsy
- العمود الفقري المفتوح Spina bifida
- الصرع Epilepsy
- استسقاء الدماغ Hydrocephaly
- شلل الأطفال poliomyelitis
- التصلب المتعدد (Multiple Sclerosis)

2. الإصابات العضلية والعظمية (Muscular-skeletal-impairments)

وهي إصابات تؤثر على العظام والعضلات وعلى قدرة الفرد على الحركة والانتقال باستقلالية وتضم ما يلي :-

(البتر، خلع الورك الولادي، هشاشة العظام، التهاب المفاصل، انحناء العمود الفقري، التهاب الورك، الجنف، الحدب، ترقق العظام، الخلل العضلي، الوهن العضلي،وغيرها...)

3. الأمراض المزمنة : (Chronic Diseases)

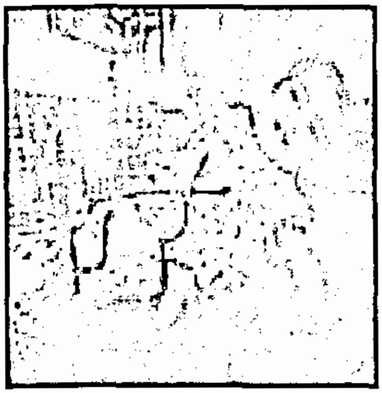
وهي أمراض متنوعة يحتاج فيها الفرد المصاب إلى رعاية صحية مستمرة وتشمل الأمراض الآتية:

(السكري، الربو، الايدز، أمراض القلب، أمراض الدم، وغيرها...).

أولا : إصابات الجهاز العصبي

(الشلل الدماغي Cerebral palsy)

يشير مصطلح الشلل الدماغي إلى مجموعة من المشكلات الحركية المزمنة التي تؤثر على حركة الجسم والسيطرة على عضلاته وتؤثر على قدرة الجسم في التناسق للحركة والتوازن .



فهو اضطراب عصبي حركي ينجم عن تلف في الدماغ ويصيب المناطق التي تسيطر على الحركة، وعادة ما يحدث أثناء تطور الجنين في الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها بقليل. وتشير كلمة Cerebral إلى المخ وهو الجزء المصاب من الدماغ وأما كلمة palsy فهي تشير إلى الاعتلال المرتبط بالحركة. فالشلل الدماغي ليس مرضاً وبالتالي فهو ليس معدياً وهو ليس اضطرابا تطورياً يتطور للأسوأ ولكن قد تصبح أعراضه الحركية مزمنة في حال عدم تقدم الخدمات التأهيلية والعلاجية اللازمة.

لا يوجد حتى الآن علاج لمرض الشلل ولكن هناك خيارات مختلفة من العلاج منها العلاج بالأدوية وبالجراحة والخدمات التأهيلية الطبية وكلها تسهم في تحسين وظائف المصابين وحياتهم .

وتقدر نسبة انتشار الشلل الدماغي تقريباً بـــ 2-3 : 1000 مولود عالمياً كما أشارت مؤسسة الشلل الدماغي الأمريكية للدراسات والأبحاث www.uepa.org.

أسباب الشلل الدماغي

أسباب الشلل الدماغي كثيرة ومتنوعة وبعضها معلوم وبعضها غير معلوم تماماً وتتنوع الأسباب إلى أسباب ما قبل الولادة وأسباب أثناء الولادة وأسباب ما بعد الولادة.

وتجدر الإشارة إلى أن نسبة الشلل الدماغي الولادي (Congenital) وهو الذي يحدث أثناء الحمل أو الولادة أكبر بكثير من الشلل الدماغي المكتسب إذ أشارت الدراسات إلى أن 85٪من حالات الشلل تعود للشلل الدماغي الولادي (السرطاوي2010).

ومن الأسباب ما قبل الولادة ما يلي :-

1. تعرض الأم الحامل للإشعاع وخاصة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل الأمر الذي قد يؤدي إلى تلف خلايا في دماغ الجنين والإصابة بالشلل.
2. الإصابة بالالتهابات أثناء الحمل وخاصة الحصبة الألمانية.
3. نقص الأكسجين قبل الولادة بسبب التفاف الحبل السري حول عنق الجنين.
4. اختلاف العامل الرايزيسي بين الأبوين.

ومن الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالشلل أثناء الولادة ما يلي:-

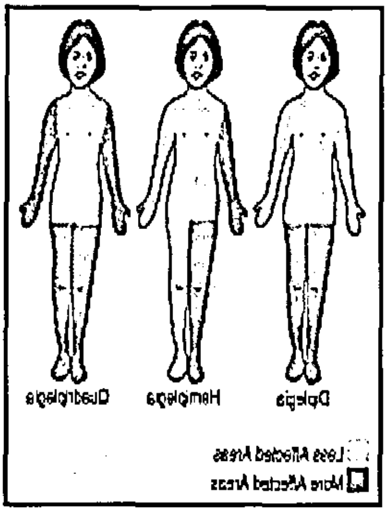
1. نقص الأكسجين أثناء الولادة.
2. الإصابات والكدمات القوية على رأس الجنين أثناء الولادة.

ومن الأسباب ما بعد الولادة ما يلي :-

1. الولادة المبسترة (المبكرة).
2. الانخفاض الشديد لوزن المولود.
3. الالتهابات التي تصيب الدماغ وخاصة التهاب السحايا.
4. الإصابات والحوادث التي تصيب الرأس خاصة بالمراحل العمرية الأولى .

تصنيف الشلل الدماغي :

يصنف الشلل الدماغي إلى عدة تصنيفات من أشهرها التصنيف بحسب الأطراف المصابة وهناك التصنيف تبعاً لنوع الاضطراب الحركي وهما أكثر التصنيفات شيوعاً واستخداماً ويصنف الشلل الدماغي بحسب الأطراف المصابة إلى ما يلي :-



شلل أحادي الطرف (monoplegia) وشلل نصفي طرفي ويسمى المزدوج (deplgia) وتكون الإصابة فيه في الأطراف الأربعة وتكون أكثر وضوحاً في الأطراف السفلى،

وشلل ثلاثي (triplegia) وتكون الإصابة فيه في ثلاثة أطراف فقط، وشلل رباعي (quadriplegia) وتكون الإصابة في الأطراف الأربعة، وشلل الأطراف السفلى (paraplegia) وتقتصر الإصابة فيه على الرجلين فقط وشلل نصفي (hemiplegia) ويصيب أحد نصفي الجسم الأيمن أو الأيسر،وشلل نصفي مزدوج (double hemiplegia) ويصيب الأطراف الأربعة وتكون الإصابة في أحد نصفي الجسم وأكثر شدة من النصف الأخر.

ويصنف الشلل بحسب الاضطراب الحركي إلى ثلاث أنواع هي :-

1. الشلل التشنجي (spasticity) : وهو أكثر أنواع الشلل الدماغي شيوعاً حيث أن أكثر من نصف حالات الشلل الدماغي تصنف ضمن هذا النوع.

ويحدث نتيجة إصابة القشرة الدماغية ويمتاز بتشنج العضلات مما يؤدي إلى تصلب بعض أجزاء الجسم وحركات غير متناسقة في الأطراف ومشي على أصابع القدمين مع ثني الركبتين إلى الداخل وتوصف مشيته عادة بمشية المقص.

ويتأخر الأطفال فيه بالحبو والمشي ويعانون من مشكلات في الكلام، ويصاحب هذا النوع من الشلل أعاقات أخرى كالإعاقة السمعية والبصرية بالإضافة إلى نوبات الصرع .

2. الشلل الدماغي الالتوائي (athetoid) ويتميز هذا النوع من الشلل بحركات لاإرادية وغير هادفة في الأطراف كانقباض وانبساط الرسغين والأصابع بشكل مستمر، ويواجه المصابون به صعوبة في الإبقاء على أجسادهم بوضع منتصب وثابت عند الجلوس أو المشي، وتكون لديهم مشكلات في التقاط وإعطاء الأشياء وسيلان للعاب من الفم ومشكلات في النطق والكلام وينجم هذا النوع من إصابة العقدة القاعدية في الدماغ.(الخطيب 2009).

3. الشلل الدماغي الترنحي (ataxic): وتسمية بعض المراجع بالشلل اللاتوازني ويتميز هذا النوع من الشلل بفقدان القدرة على التوازن وصعوبة في القيام بالحركات الدقيقة والمشي بترنح وضعف القدرة على استخدام اليدين في مهارات الكتابة والقص وغيرها... ومن السهولة للفرد المصاب به أن يسقط أرضاً، وهو من أقل أنواع الشلل الدماغي شيوعاً وينجم عن تلف يصيب المخيخ .

ومما تجدر الإشارة إليه إلى أن الأفراد ذوي الشلل الدماغي قد يتميزون بقدرات عقليه عادية ضمن المستوى المتوسط، وأن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأفراد.

ويحتاج تشخيص هؤلاء الأفراد إلى خبرة كبيرة وإلى تكييف الاختبارات لتناسب قدراتهم الحركية، وحذر كبير في تفسير نتائج الاختبارات المقدمة لهم .

كما ويحتاجون إلى لتعليمهم إلى الكفاءة والخبرة في مجالات متعددة واستخدام الأجهزة والوسائل المساعدة التي تسهل عملية التعليم لديهم .

(شلل الأطفال poliomyelitis)

يعتبر شلل الأطفال من الأمـراض الـتي تـشكل خطـراً علـى الأفراد وينتج عن مـرض فيروسـي معـدٍ يـصيب الخلايـا العـصبية الحركيـة في النخـاع الـشوكي ممـا يـؤدي إلى تلفهـا وبالتـالي فـان العضلات التي تغذيها هذه الخلايا العصبية تبدأ بالضمور والضعف وقد تصل فيما بعد إلى الشلل .

ويصيب هذا الـشلل الأطفـال دون سـن الخامـسة بالدرجـة الأولى ويكون أكثر تأثيراً عليهم مع أن الإصابة يمكـن أن تحـدث في كافة المراحل العمرية وتشير تقارير منظمة الصحة العالميـة (WHO) إلى انخفاض عدد حالات الإصـابة بالـشلل منـذ عـام 1988 بنـسبة عالية جداً . وفي عام 2010 أشارت التقارير إلى إن الشلل الأطفـال لم يعد يتوطن إلا في بلدان محدودة بعد إن كان يتوطن في 125 بلدا (www.WHO.int).

أسباب شلل الأطفال :

ينتج الشلل عن عدوى بالفيروس خاصة عن طريق الفم والبلعوم مـن خـلال الـرذاذ المتطاير من السعال والعطاس وكذلك عـن طريـق الـبراز مـن خـلال الاحتكـاك بفـضلات الإنسان الملوثة وهناك عوامل قد تزيد من خطر الإصابة بهذا الفيروس ومنها : نقص المناعة، سوء التغذية، استئصال اللوزتين .

أعراض شلل الأطفال :

تبدأ أعراض شلل الأطفال في الغالب بارتفـاع في درجـة الحـرارة والتهـاب في الحلـق وتقيؤ وألم في البطن و الآلام في العضلات و تيبس في الرقبة وصعوبة في التبـول و إمـساك . ويصيب الشلل الساقين أكثر من الذراعين.(البيلاوي 2010).

ويكتسب الإنسان المناعة من شلل الأطفال مـن خـلال المطاعيم لذلك لابد من الحرص على تقـديم المطـاعيم ضـد هذا الشلل للأطفال في مواعيدها المحددة.

(العمود الفقري المفتوح Spina Bifida)

وهو تشوه ولادي ينتج عن عدم اكتمال إغلاق القناة العصبية في العمود الفقري بسبب قصور في الالتحام بإحكام خلال الشهر الأول من الحمل وقد يظهر على شكل بروز أو نتوء في العظم مما يؤدي إلى تلف في الأعصاب وعدم القدرة على القيام بالوظائف الجسدية وقد يؤدي أحيانا إلى الشلل (Hallahan.et al 2006).

وفيه خلل يصيب النمو السوي للعمود الفقري للجنين ويصنف هذا الخلل بحسب شدته إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

1. الشق غير الظاهر(Occulta) : ويسمى بالخفي وهذا النوع في الغالب ليس له مضاعفات أو علامات ظاهرة وتشير الدراسات إلى انه غير ضار ولا يحتاج معه المريض إلى علاج مع أن دراسات أخرى ربطت بينة وبين ألام الظهر.
2. الكيس السحائي (Meningocele) : ويبرز في هذا النوع كيس إلى خارج الظهر مغطى بالجلد ويحتوي على أغشية السحايا ويكون الحبل الشوكي فيه طبيعياً ويمكن تشخيصه من خلال الفحوصات الطبية وصور الموجات الصوتية ويمكن لهذا النوع أن يعالج جراحيا.
3. الكيس السحائي الشوكي(Myelomeningocele): وفيه يبرز جزء من الحبل الشوكي والأعصاب خارج العمود الفقري ويصيب عادة منطقة الفقرات العجزية والقطنية ويؤدي في الغالب إلى تشوهات في القدمين والركبتين وألم شديد أسفل الظهر. وهو من أكثر الأنواع خطورة وقد يؤدي إلى الشلل.(البيلاوي 2010).

وحول أسباب العمود الفقري المفتوح فهي لا تزال غير واضحة تماماً وهناك اعتقادات حول أسباب معينة قد تؤدي إليه مثل:-

- العوامل الوراثية الجينية.
- تناول الأم الحامل للأدوية والعقاقير وبالذات (مضادات التشنج) خاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل.

- ارتفاع مستويات السكري في الدم للأم الحامل خاصة في بداية الحمل.
- ويشير السرطاوي (2010) إلى أن إصابة الأم الحامل ببعض الالتهابات والأمراض وتسمم الحمل أيضاً من الأسباب المحتملة للإصابة .

علاج العمود الفقري المفتوح :

يحتاج الأطفال المصابون بالعمود الفقري المفتوح إلى تدخل جراحي يبدأ منذ اكتشافه مباشرة وبفضل العلاجات الطبية والتكنولوجية الحديثة يستطيع معظم المصابين به أن يعيشوا حياة طبيعيه أو اقرب إلى الطبيعية كما يحتاجون إلى برامج تأهيلية أخرى .

(الصرع Epilepsy)

يعرف الصرع بأنه حالة طبية ناتجة عن نشاط مفرط وغير طبيعي للحركة العصبية في الدماغ ويظهر على شكل نوبات (اختلاجات) ولفترة وجيزة فعند حدوث النوبة الصرعية يكون هنالك زيادة قوية في النشاط الكهربائي الدماغي وبصورة غير منتظمة تؤثر على الدماغ ككل أو على جزء منه .

ويكون نتيجة هذه الحالة في العادة فقدان للوعي وحركات لا إرادية تشنجية في الأطراف سرعان ما تختفي فجأة كما بدأت فجأة .(الخطيب *2010*). ويسمى في بعض المراجع بالاضطرابات الاختلاجية (Convulsive disorders) إذ تميل بعض المراجع إلى تجنب ذكر الصرع كمسمى لما له أثر سلبي لدى الناس.

تأثيرات الصرع :

الصرع ليس له عمر محدد فقد يصيب الإنسان بالمراحل المختلفة من العمر ولكن هنالك ما يزيد عن (50٪) من حالات الصرع تحدث للأطفال قبل سن 10 سنوات وفي الولايات المتحدة الأمريكية هنالك ما يقارب (300000) طفل أمريكي تحت سن 14 سنة مصابون بالصرع وغالباً ما يكون الذكور أكثر عرضة لتطوير مرض الصرع من الإناث وبالنسبة لمعظم الأشخاص المصابين بالصرع فإن المشكلة ليست خطيرة ويتم التحكم بها جيداً من خلال الأدوية والعقاقير الطبية.

وقد يحتاج الأمر إلى العلاج لعدة سنوات ومع ذلك يوصف الصرع بأنه تحدي للإنسان مدى الحياة حيث أن هناك ما يقارب 25-30٪ من المصابين بالصرع لا يزالون يعانون من النوبات مع استخدام أفضل أنواع العقاقير الطبية المتاحة، لتلك الحالات التي

توصف بنوبات الصرع المستعصية وهو ما يعني أن هنالك مقاومة للعلاج أو صعوبة لعلاجه في بعض الحالات .

أسباب الصرع

تشير معظم الدراسات المتعلقة بالصرع إلى أنه في كثير من الإصابات لا يمكن التعرف على أسباب محددة تؤدي إلى الصرع وأنه غالباً ما تكون أسبابة غامضة ولا يمكن التعرف عليها ومع ذلك فإن هنالك أسباب محتملة للصرع لدى الأفراد ومنها:

- تشوهات المخ أثناء الحمل، العوامل الوراثية وهي نادرة الحدوث وتكون بين الأقارب من الدرجة الأولى، تناول الأم الحامل للمخدرات .
- نقص الأكسجين عند الولادة
- انخفاض مستوى السكر والمغنيسيوم في الدم،، العدوى من الالتهابات التي تصيب الدماغ كالتهاب السحايا والأمراض كمرض الزهايمر، الصدمات والإصابات القوية على الرأس.

أنواع النوبات الصرعية:

هناك أنواع مختلفة من النوبات التي يتعرض لها الأشخاص المصابون بالصرع ويختلف ذلك من شخص لآخر بحسب الجزء من المخ الذي يتأثر بالشحنات الكهربائية وكم من الوقت مدتها. وهناك نظم تصنيف عديدة للصرع بحسب المعايير التي تعتمد عليها لكن في الغالب ما يتم التركيز على نوعين رئيسيين من النوبات هما النوبة الكبرى والنوبة الصغرى لأنها الأكثر شيوعاً بين الأطفال.

1. النوبة الصرعية الكبرى **(Grand mal seizure)**

هي من أقوى وأخطر أنواع النوبات التي تصيب الأطفال وأكثرها شيوعاً في الغالب يسبقها إحساس غير عادي يعمل بمثابة منبه لها يحذر الشخص من حدوثها وقد تسبق بنوبات ثانوية جزئية ويتسم هذا النوع من النوبات بفقدان الشخص للوعي ثم يسقط على الأرض ويصبح متيبساً وصلباً ويحدث بعدها اهتزاز وارتعاش في الجسم والأطراف. ويواجه الشخص كذلك صعوبة في التنفس وقد يستعيد المصاب وعيه لكنه يغط في نوم عميق بعدها نتيجة الإجهاد (البيلاوي2010).

وتستمر مدة النوبة من(2–5) دقائق والجدير ذكره أن هذه النوبة قد تحدث مرة أو أكثر في اليوم الواحد وقد تحدث مرة في السنة (الخطيب 2010).

2. النوبة الصرعية الصغرى:(Petit mal seizure)

وتتصف هذه النوبة بأعراض أقل خطورة وقوة من النوبة الكبرى ولها بعض الأعراض المرضية المميزة لها مثل فتح العينين وإغماضها وفقدان الوعي وتستمر هذه النوبة في الغالب ثواني معدودة وتكون مدتها أقل من دقيقة وعادة ما تختفي أو تتحول إلى نوع آخر في سن الرشد (الخطيب2010).

ويميل أطباء الأعصاب في الغالب إلى تصنيف النوبات الصرعية بحسب معايير أخرى كما يذكرها (Parra) وهذه الأبعاد تتمثل في يلي:

- المدة الزمنية:هي المدة التي تستمدها فترة النوبة وهي تتراوح من ثوانٍ وقد تستمر إلى 5 دقائق في الغالب.
- التكرار:هي عدد المرات التي تظهر فيها النوبات الصرعية لدى الفرد فهي قد تتكرر عدة مرات في اليوم الواحد وأحياناً لا تحدث إلى مرة واحدة في اليوم.
- البداية: وهنا قد يظهر لدى بعض النوبات مؤشرات سابقة تلعب دور المنبه لحدوث النوبة وبعضها لا يظهر لها مؤشرات.
- الآثار: ويقصد بها هنا الحركات التي تنجم عن النوبة فبعض النوبات تنتج عنها تشنجات بسيطة وبعضها ينتج عنها تشنجات كبرى وبعضها قد تظهر لها أعراض حركية تتمثل بفتح العينين وإغماضهما بشكل متكرر أو الحملقة في الفراغ .
- الأسباب : ويقصد بها هنا حسب السبب الذي أدى إلى النوبة.
- الإعاقات المرتبطة بها : حيث إن النوبة الصرعية قد تكون مصاحبه لبعض الإعاقات وبعضها قد لا يرتبط بأية إعاقة أو مشكلة صحية.
- إمكانية التحكم بها : ويقصد بها هنا إن كان بالإمكان التحكم بالنوبة من التشنجات باستخدام العقاقير والأدوية سواء أكان بشكل كلي أو جزئي (Parra et.al 2001).

ومن الجدير ذكره بأن الأفراد المصابين بنوبة الصرع كمشكلة صحية في الغالب يتمتعون بذكاء عادي وطبيعي إذ أن نوبة الصرع لا تؤثر على القدرات العقلية العامة للفرد ولكن قد يصاحب الصرع مشكلات في النشاط والحركة بسبب العقاقير الطبية يتناولها المصاب بالصرع وينبغي على معلم التربية الخاصة الإلمام بكيفية التعامل مع الشخص المصاب بالصرع لتعامله مع الفئات التي قد يصاب أفرادها بالصرع عند حدوث النوبة له .

وهناك مجموعة نصائح تقدمها المؤسسة الأمريكية للصرع ويوضحها (Spiegel) بشكل مفصل للمعلمين وهي تتمثل فيما يلي:

- المحافظة على الهدوء وطمأنة الناس القريبين وإبعاد المصاب عن مكان الخطر.
- لا تحاول أن تضبط الشخص أو توقف تحركاته.
- مساعدة الفرد على الاستلقاء وفك الأزرار له وتخفيف الملابس التي قد تعيق التنفس بسهولة لديه.
- تحريك وجه الطفل إلى جنب لتسهيل انسيابية حركة اللسان ومحاولة وضع شيء تحت رأسه.
- لا تحاول وضع شيء في فم المصاب ولا تحاول إجباره على فتح فمه أو وضع شيء فيه.
- البقاء مع المصاب حتى الانتهاء من النوبة بشكل طبيعي.
- محاولة إيصال المصاب إلى المنزل حتى يستريح من النوبة . (Spiegel 1996)

(الاستسقاء الدماغي Hydrocephaly)

هو تجمع غير طبيعي للسائل المخي الشوكي في التجاويف الداخلية للدماغ وهو السائل الذي يحيط ويغذي الدماغ مما يؤدي إلى تورم في الدماغ وكبر حجم الجمجمة وخاصة لدى الأطفال الرضع حديثي الولادة وقد يقود فيما بعد إلى التخلف العقلي والصرع ومشكلات بصرية إذا لم تتم معالجته بصورة فورية من خلال عمليات جراحية يتم فيها سحب السائل أو تصريفه.

وتعتمد شدة الإصابة في الغالب على مقدار الضغط الذي يتركه السائل على الخلايا الدماغ وعلى منطقة الإصابة في الدماغ.

أعراض استسقاء الدماغ :

تختلف أعراض استسقاء الدماغ باختلاف المرحلة العمرية للفرد المصاب وتكون الأعراض لدى الأطفال حديثي الولادة على النحو التالي :

- كبر في حجم الجمجمة لدى الطفل وزيادة محيط الرأس لديه حيث يكون حجمها اكبر من الحجم الطبيعي الذي يتراوح مابين (30-35) سم.
- زيادة حجم اليافوخ الأمامي والخلفي لدى الطفل .
- يكون جلد الجمجمة رقيقا ويسهل مشاهدة الأوعية الدموية من خلالها .
- ضعف في عضلات العينين.
- البكاء بشكل مستمر وحاد.
- حدوث نوبات تشنجية بالإضافة إلى النعاس والقيء.

أما أعراض لدى الأطفال الأكبر سناً فهي :

- تغيرات في مظهر الوجه وتباعد العينين.
- حركات غير منضبطة للعينين.
- صداع مستمر وتشنج في العضلات
- مشكلات في التغذية.
- سلس البول بسبب فقدان السيطرة على المثانة.

أسباب استسقاء الدماغ:

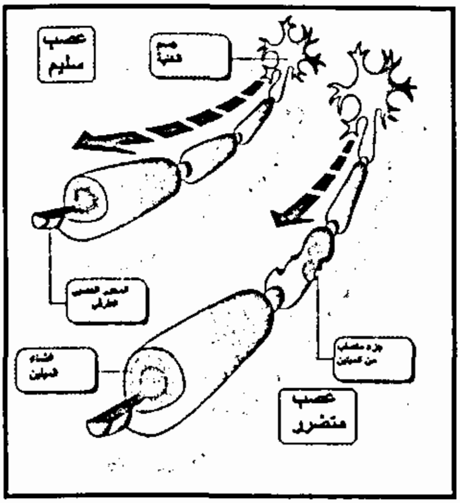
يحدث الاستسقاء الدماغي لدى الأطفال نتيجة لعوامل متعددة منها.

- العدوى والالتهابات التي تصيب الرضع مثل التهاب السحايا.
- الإصابات والصدمات على الرأس التي يتعرض لها الأطفال حديث الولادة.
- الأورام التي تصيب الدماغ.
- النزيف الدماغي.
- العمود الفقري المفتوح .

علاج استسقاء الدماغ:

يهدف علاج استسقاء الدماغ إلى تسهيل عملية تدفق السائل المخي الشوكي أو تصريفه وبالتالي منع أو تقليل التلف في الدماغ. ويتم ذلك من خلال عمليات جراحية يجريها جراح الأعصاب حيث يقوم بإدخال أنابيب في الدماغ يتم من خلالها تصريف السائل إلى الخارج أو إلى مناطق أخرى في الجسم، وينبغي متابعة هذه الأنابيب حتى لا يحدث بها انسداد.

(التصلب المتعدد Multiple sclerosis)



يعتبر التصلب المتعدد من الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي المركزي إذ يؤثر على جزء من الدماغ وهو غشاء المايلين وهذا الغشاء هو الذي يغطي ويحمي الأعصاب (وهو عبارة عن مادة دهنية تساعد على سرعة إيصال السيالات العصبية من المخ إلى أجزاء الجسم) مما يسبب اضطراباً في نقل الأوامر من الدماغ إلى أجزاء الجسم الأخرى وهو من الأمراض التي تصيب النساء أكثر من الرجال وتقدر نسبة الإصابة به حوالي 2-3 من كل 1000 حالة ولادة ولا تزال أسباب التصلب المتعدد غير معروفة تماماً حتى الآن لكن الأبحاث الطبية تشير إلى بعض العوامل أو التي من المحتمل أن تؤدي إلى حدوث التصلب المتعدد ومنها : نقص المناعة في الجسم، الالتهابات الفيروسية، العوامل الوراثية .

ويظهر على المصاب به بعض الأعراض والعلامات المرضية مثل :-

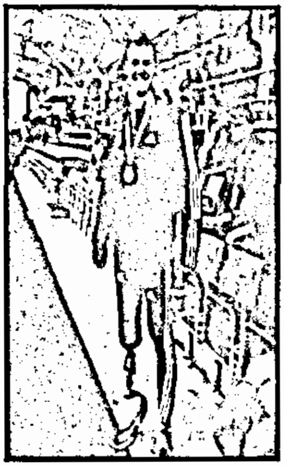
- مشكلات بصريه : وتتمثل في عدم وضوح الرؤية وحركات سريعة لا إرادية للعين وازدواجية في الرؤية.
- مشكلات في التوازن : وتتمثل في الدوار وعدم التناسق في حركة الأطراف وتشنجات في العضلات والمشي بترنح.
- مشكلات في التبول والإخراج : وتتمثل في زيادة عدد مرات التبول وذلك بسبب عدم تفريغ المثانة بشكل كامل والتبول اللاإرادي أحيانا كما أن المصاب قد يصاب بالإمساك.
- مشكلات جنسية : وتتمثل غالباً في العجز الجنسي.

ويعالج التصلب المتعدد في الغالب من خلال الأدوية والعقاقير التي تعمل على التخفيف من حدة المرض وتبطئ من تقدمه وهي لا تعتبر علاجاً فعالاً وإنما تقلل من شدة المرض فقط.

وينصح الشخص المصاب غالباً بضرورة الابتعاد عن الجو الحار والإجهاد النفسي والجسدي والعلاج الطبيعي لتقوية وتنشيط العضلات.

ثانياً : الإصابات العظمية والعضلية

(بتر وتشوه الأطراف Amputation)



هو فقدان أو إزالة طرف من الجسم أو صغر حجم طرف أو أكثر بشكل واضح وتحدث إصابات البتر تشوه الأطراف في الأطراف العليا أكثر منها في الأطراف السفلى خاصةً الولادية منها (السرطاوي2010) .

وهذا البتر أو التشوه في الأطراف إمّا أن يكون خلقياً وهي النسبة الأكبر أو أن يكون مكتسباً بسبب الحوادث والإصابات، وينتج البتر الخلقي في الغالب عن أسباب مختلفة منها إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية أو تعرضها لأشعة X أو تناولها للأدوية والعقاقير أثناء الحمل أو بسبب عدم توافق العامل الرايزيسي بين الأبوين .

أمّا البتر المكتسب فينتج عن أسباب منها العمليات الجراحية للسيطرة على الألم أو الإصابة بالأورام الخبيثة أو الإصابة بالسكري الذي يؤدي إلى ضعف الدورة الدموية والذي يؤدي بدوره إلى الإصابة بالغرغرينا أو ينتج عن الحوادث أو الحروب أو التعامل الخاطئ مع الآلات الحادة .

وينقسم البتر إلى أنواع بحسب مكانه فهناك بتر القدم وبتر الساق وبتر الركبة و بتر الفخذ وبتر الحوض وبتر الأطراف العليا.

ويحتاج المصاب بالبتر إلى استخدام أجهزة تعويضية أو أطراف صناعية بالإضافة إلى خدمات تأهيليه تساعدهم على تعويض العجز لديهم .

(الجنف (انحناء العمود الفقري Scoliosis)

هو انحناء جانبي في العمود الفقري إلى احد الجانبين الأيمن أو الأيسر بحيث لا يكون العمود الفقري عمودياً، حيث قد تتشكل عدة انحناءات وتتشكل ما يشبه حرف (s) أو حرف (c) وبالتالي ينجم عنه اعوجاج في الظهر وهو عادةً ما يسبب الألم للبالغين ومشكلات في

التنفس وقد يكون هذا الانحناء بنيويا (structure) ينتج عنه خلل في فقرات الظهر وقد يكون غير بنيوي نتيجة لشد عضلي أو انزلاق غضروفي أو لوجود فروق في طول الساقين .

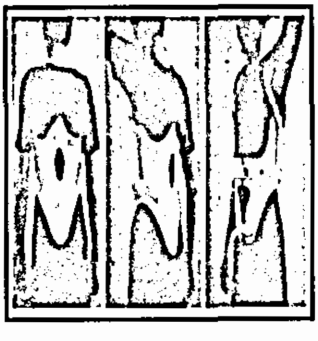
ويصنف عادةً إلى جنف أيمن أو جنف أيسر بحسب الجهة التي يكون فيها ميلان العمود الفقري (Morning ster2006).

وعادةً ما يكون الجنف مجهول السبب لدى 80٪ من الحالات المرضية وخاصةً الولادية منها إذ تعتبر أسبابه غير واضحة حتى الآن و أغلب الأطباء يرون أن العامل الجيني له علاقة بالمرض.

ويصيب الجنف الإناث عادةً أكثر من الذكور ويتم تشخيصه من خلال الصور الإشعاعية التي يتم فيها تحديد زاوية الانحناء .

واعتماداً على قياس الزاوية يتم تحديد العلاج المناسب فبعض الحالات تحتاج إلى أربطة مقومة وجبائر وبعضها يحتاج إلى تدخل جراحي.

(الحدب Kyphosis)



أو ما يعرف باسم حدب الظهر وهو انحناء دائري في العمود الفقري في المنطقة الصدرية إلى الوراء وقد يكون هذا الانحناء ولادياً يرتبط مع اضطرابات أخرى كالقزامة مثلاً، وقد يكون مكتسبا نتيجة ضعف العظام والعضلات والعادات السيئة في الجلوس والوقوف والنوم ويرافق الحدب في الغالب الآم في الظهر ويصاحبها آلام في الرجلين أحياناً .

ويعالج الحدب الولادي في الغالب عن طريق العمليات الجراحية التي تعمل على الحفاظ على الانحناء الطبيعي للعمود الفقري ويتم فيها استخدام أدوات معدنية لتثبيت الظهر أما الحدب المكتسب فيعالج من خلال برامج تدريبيه وتماري رياضيه وأدوية وعقاقير.

ترقق العظام أو الكساح (Ostaeomalacia)

وهو مرض يصيب الأطفال بسبب خلل في ترسيب المعادن كالكالسيوم والفسفور أثناء مرحلة النمو ونتيجة لذلك تصبح العظام هشة وسهلة الكسر وذات انحناءات وتشوهات شكلية.

ويعتبر نقص فيتامين (د) السبب الرئيسي والأكثر شيوعاً لهذا المرض لان هذا الفيتامين هو الذي يساعد على امتصاص الكالسيوم والفسفور في الدم ومن ثم انتقالها لبناء العظام ويعتبر التعرض للشمس مصدرا طبيعيا لفيتامين (د) لذلك ينصح بتعريض الأطفال الرضع لأشعة الشمس خلال السنتين الأوليتين من العمر ومن المصادر له أيضا الحليب ومشتقاته والبيض والسمك وغيرها من أنواع الأطعمة وهناك أسباب أخرى للمرض منها أمراض الكبد والكلى المزمنة :

ويعالج ترقق العظام في حال نقص فيتامين (د) بتعويض الفيتامين عن طريق الفم لعدة أسابيع تحت إشراف الطبيب ويعتبر الغذاء الصحي المتوازن والتعرض لأشعة الشمس من العوامل الوقائية لهذا المرض .

هشاشة العظام (Osteoporosis)

وهو نقص المواد الأساسية للعظم بسبب خلل في النسيج العظمي مما يؤدي إلى العجز عن القيام بالوظائف الفيزيائية وضعف مقاومة وإسناد الجسم (السرطاوي 2010) .

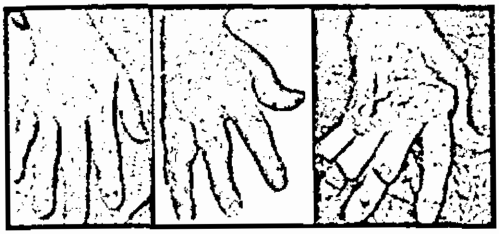
وهي حالة تصيب السيدات أكثر من الرجال خاصة بعد سن الخمسين مما يجعلهم معرضين للكسور، ومن المعلوم أن كثافة العظام تتناقص بشكل تلقائي مع التقدم بالعمر ويكون في الغالب عدد النساء المصابات بالمرض أربعة أضعاف عدد الرجال المصابين وتنتج هشاشة العظام عن أسباب كثيرة منها :

1. الجنس : حيث تزداد الإصابة عند الإناث أكثر من الرجال وذلك بسبب التغيرات الهرمونية التي تصاحب انقطاع الطمث وتوقف إنتاج هرمون الاستروجين الفعال في سلامة وقوة العظام .
2. التقدم بالسن : حيث تزداد فرص الإصابة بالمرض مع التقدم بالعمر .
3. انخفاض الوزن بدرجة شديدة : حيث يزداد المرض لدى الأشخاص الذين يعانون من نحافة شديدة .
4. الخلل الهرموني : خاصة في هرمونات الغدة الدرقية ولفترات طويلة.
5. تناول الكحول والتدخين وقلة النشاط الحركي .

وهناك مؤشرات مبكرة للمرض من بينها فقدان طول الجسم وآلام الظهر وحصول كسر من تعثر بسيط وهنا ينبغي على المريض عمل الفحوصات اللازمة من أشعة سينية

وقياس كثافة العظم لتحديد مدى التخلخل في العظم ويعالج هذا المرض من خلال تناول استروجينات صناعية للنساء لتعويض نقص هرمون الاستروجين ومن خلال تناول الكالسيوم مع فيتامين (د) وعمل التمارين الرياضية .

التهاب المفاصل الروماتيزمي (Rheumatoid Arthritis)



وهو ما يطلق عليه أيضا التهاب المفاصل الروماتيزمي وهو مرض عظمي مزمن يؤثر على المفاصل حيث تبدأ الإصابة به من خلال فيروسات تصيب الجسم الذي يفتقد المناعة الكافية لمقاومة المرض، وتزداد الاصابه سوءاً شيئا فشيئا، وتسبب الالتهاب للمفاصل والآلام الحادة والتي تؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والإنتاجية.

إن السبب الحقيقي لهذا المرض لا يزال غير معروف بالإضافة إلى أن العامل الوراثي قد يلعب دورا فيه بالإضافة إلى أن التقدم في العمر والسمنة عوامل قد تسهم في الاصابه به .

ويصيب هذا الالتهاب الإناث أكثر من الذكور وتبدأ أعراضه بدايةً في التعب مع تيبس المفصل المصاب ومحدودية في حركته مع الألم والانتفاخ .

ويعالج هذا الالتهاب من خلال المضادات الحيوية والمسكنات وتخفيف الوزن الزائد وتجنب إجهاد المفاصل والتغذية المتوازنة .وقد يحتاج الأمر أيضا إلى العلاج الطبيعي والجبائر والعمليات الجراحية .

خلع الورك الولادي (Congenital Dislocation of Hips)

ويحدث عادة للأطفال حديثي الولادة عندما يكون رأس عظمة الفخذ في الورك خارج تجويفه الطبيعي، ويحتاج إلى تشخيص مبكر لان ذلك يعود بنتائجه الايجابية على الطفل وإذا ما تأخر تشخيصه فان آثاره قد ترافق الطفل طوال حياته وتؤثر على المشي لديه (السرطاوي2010).

وتصل نسبة الاصابة به إلى ما يقدر بـ حالة كل ألف حاله ولادة طبيعية (1 : 1000) وتصاب به الإناث بنسبة

اكبر من الذكور غالباً بسبب وجود هرمونات تسبب ارتخاء المفاصل لدى الإناث مما يجعلهن أكثر عرضة الإصابة بخلع الورك .

وتعود أسباب خلع الورك إلى عوامل منها (العامل الوراثي، ووضعية الجنين في رحم الأم وقلة السائل الامنيوسي حول الجنين) ويتم تشخيصه من خلال طبيب الأطفال بعد الولادة مباشره عن طريق الفحص السريري للورك وإذا شك الطبيب بوجوده يتم اللجوء لتصوير الطفل بالأشعة السينية .

ويعالج خلع الورك من خلال وضع أجهزه تساعد على تثبيت المفصل للطفل أو من خلال الجبائر والعمليات الجراحية .

الحثل العضلي (Muscular Dystrophy)

وهو مرض عضلي وراثي تضعف فيه العضلات تدريجيا وينتج عن عيوب في بروتينات العضلات اللازمة لبناء عضلات سليمة مما يترتب عليه موت خلايا العضلات وأنسجتها وفقدان القدرة على المشي والجلوس .

وله مجموعه من الأعراض منها ضعف العضلات وآلام في الساقين وصعوبة في المشي والتنفس والسقوط المتكرر .

ويتم تشخيصه من خلال الفحوصات الطبية واخذ عينات من العضلات لعمل خزعه وعمل اختبار الحمض النووي .

ويشير(Hallahan.et al 2006) إلى انه ليس بغريب عدم وجود علاج فعال لهذا المرض في وقتنا الحالي لان ميكانيزماته البيولوجية غير معروفة .

وهناك أنواع مختلفة من الحثل العضلي ومنها حثل دوشين (Duchenne muscular dystrophy) والذي يصيب الذكور أكثر لان الخلل الجيني مرتبط بالكر وموسوم الجنسي (X) وينتقل للذكور كصفه محمولة عليه هو الأكثر انتشارا في المنطقة العربية وتبدأ الاصابه فيه بعضلات الحوض مما قد يؤدي إلى الإعاقة الحركية والوفاة المبكرة، ويعتبر الخمول في الفراش من الأمور المهمة التي تفاقم المرض ويحتاج المريض فيه إلى علاج طبيعي وتدخل جراحي .

الوهن العضلي (Myasthenia Gravis)

هو حاله نادرة من اضطرابات المناعة الذاتية للعضلات حيث لا تستجيب فيه العضلات للأوامر بالانقباض وتصبح هزيلة وضعيفة ويصيب هذا المرض النساء أكثر من الرجال ويكون غالبا في عضلات الوجه والذراعين والساقين .

حتى الآن لا توجد أسباب معلومة لهذا المرض إلا انه قد يترافق مع أمراض أخرى مثل التهاب المفاصل الرثياني وغيره .

وتظهر على المريض أعراض مختلفة منها صعوبة في المضغ والبلع وشعور بالخمول وتعب شديد عند ممارسة التمارين الرياضية، بالإضافة إلى الازدواجية في الرؤية ويتم تشخيصه من خلال الفحوصات والتحاليل المختلفة والأشعة السينية ويعالج من خلال الأدوية والعقاقير التي تبطئ من هجمة المرض .

ثالثاً : الأمراض المزمنة (Chronic Diseases)

هناك العديد من الأمراض المزمنة التي يعاني منها الأطفال ويكونون معها بحاجه إلى رعاية صحية مستمرة وعناية خاصة من قبل الأهل والمعلمين ومن هذه الأمراض :

السكري (Diabetes Mellitus)

يعرف السكري بأنه اضطراب في عملية حرق السكر في الدم بسبب نقص في هرمون الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس مما يؤدي إلى ارتفاع تركيز السكر في الدم وقد تعود هذه الزيادة إلى عدم وجود الهرمون أو نقصه أو زيادة العوامل التي تضعف مفعوله . وهو من الأمراض الخطيرة التي تؤدي إلى مضاعفات حادة في حال عدم الانتظام بالعلاج وقد يؤدي إلى الوفاة المبكرة .

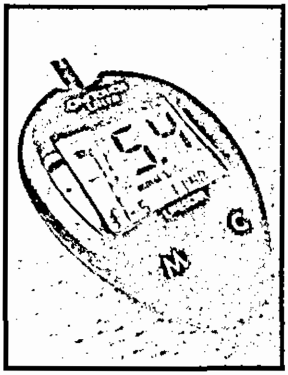
وتشير تقارير طبية عالميه إلى أن أعداد المصابين بالسكري في العالم يقدر بـ 200 مليون شخص وهو عدد كبير جدا ومرشح للازدياد (البيلاوي 2010) .

وتشير منظمة الصحة العالمية (WHO) إلى ثلاثة أنواع رئيسيه للسكري: وهي السكري من النوع الأول والثاني وسكري الحمل وتتشابه هذه الأنواع الثلاثة في أن سببها هو عدم إنتاج كمية كافية من الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس وأسباب هذا النقص تختلف باختلاف النوع .

ففي النوع الأول لا يتم إفراز كميات كافية من الأنسولين بسبب تلف خلايا البنكرياس وفي النوع الثاني تكون هناك مقاومة للأنسولين في الأنسجة التي تؤثر فيها بمعنى أن الأنسجة لا تستجيب لمفعول الأنسولين وهنا يحتاج الجسم لكميات كبيره فوق المستوى الطبيعي فتظهر أعراض السكري .وهناك سكري الحمل وفيه تكون هناك مقاومه للأنسولين بسبب الهرمونات التي تفرز لدى الأم الحامل والتي تسبب مقاومة الأنسجة للأنسولين .

وعندما تنقص كمية الأنسولين يحاول الجسم حرق السكر فلا يستطيع ويرتفع مستوى السكر في الدم وكرد فعل تحاول الكلى التخلص من السكر الزائد بإدرار البول ويشعر الفرد بالعطش الشديد ويبدأ بتناول كميات من السوائل ويبدأ الجسم بحرق الدهون للتزود بالطاقة للتعويض عن السكر فيشعر الإنسان بالجوع ويبدأ في تناول كميات كبيره من الطعام ورغم ذلك يفقد المصاب وزنه ويشعر بالإعياء وهذه هي أعراض وعلامات مرض السكري . (www. WHO.int)

ويتتج السكري غالبا عن أسباب مختلفة منها :



- عامل الوراثة : إذ تلعب العوامل الوراثية دورا في الاصابه بالسكري من النوع الأول والثاني .
- البدانة : وتلعب دورا في الاصابه بالنوع الثاني من السكري .
- الأمراض والالتهابات التي تصيب البنكرياس .
- التقدم في العمر: حيث تزداد فرص الاصابة بالسكري من النوع الثاني مع التقدم في العمر.

ويتم تشخيص السكري من خلال الأعراض الظاهرة ومن خلال إجراء الفحوصات والتحاليل المخبرية التي تكشف عن نسبة السكر في الدم .

ويعالج السكر من النوع الأول من خلال حقن الأنسولين بالإضافة إلى الحمية الغذائية التي تضبط الكربوهيدرات والنشويات .

ويعالج السكري من النوع الثاني من خلال الحقن والحمية الغذائية وإنقاص الوزن وممارسة التمارين الرياضية .

وهناك بعض المعلومات التي ينبغي على المعلمين في المدرسة معرفتها عن السكري والطالب المصاب به ومنها :

- إن مرض السكري ليس مرضا معديا وانه لا يمكن الشفاء منه تماما إلا بإذن الله ولكن يمكن السيطرة عليه .
- معرفة أعراض هبوط السكري وكيفية علاج الهبوط وذلك من خلال إعطاء الطالب كوبا من العصير أو قطعة من البسكويت المحلى .
- التأكد من تناول الطالب المصاب وجبة خفيفة أثناء الفسحة وإعطاءه الوقت الكافي لذلك .
- الإطلاع على نوع السكري والعلاج المستخدم له (البيلاوي 2010).

وتنبغي الإشارة إلى أن مرض السكري له العديد من المضاعفات في حال عدم انتظام العلاج ومنها :

أمراض القلب والشرايين واعتلال الشبكية والفشل الكلوي وبطء التئام الجروح مما يؤدي إلى الاصابة بالغرغرينا التي يمكن أن تؤدي إلى بتر العضو المصاب . (الخطيب 1998)

الربو (Asthma) .

وهو مرض تنفسي شائع ينتج عن التهاب مزمن في الشعب الهوائية مما يؤدي إلى انسدادها وينتج عن ذلك صعوبة في التنفس وكحة وكتمة في الصدر، ويكون ذلك كرد فعل تحسسي للغبار أو حبوب اللقاح أو رائحة الدخان وغيرها من الروائح .

ولا يتطور الربو إلى انسداد للشعب الهوائية عادة لكن الأشخاص المدخنين تكون لديهم قابلية لتطوير تغيرات مزمنة وحادة .

وينتج الربو عن عوامل وراثية إذ يلعب العامل الوراثي دوراً في الاصابة به وهناك محرضات كثيرة لظهوره منها الحساسية من روائح معينه وإصابة الجهاز التنفسي بالفيروسات وغير ذلك.

ويعالج الربو من خلال الأدوية والعقاقير الطبية والتي يتم تناولها بالفم أو من خلال بخاخات عبر الاستنشاق والتي تعمل على توسيع القصبات الهوائية وتعالج كذلك من خلال تجنب أماكن الغبار والدخان والروائح المثيرة للحساسية .

متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز) (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

وهو مرض يصيب جهاز المناعة عند الإنسان ويسببه فيروس يسمى بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)(Human Immunodeficiency Virus) حيث يؤدي الإصابة بهذا الفيروس إلى فقدان تدرجي لمناعة الجسم ليترك الشخص المصاب عرضة للإصابة بالأمراض والأورام ....

وينتقل فيروس (HIV) إلى الأشخاص عبر وسائل مختلفة منها :

- الاتصال الجنسي المحرم
- عمليات نقل الدم الملوث
- استخدام الحقن الملوثة بالمرض
- من الأم الحامل المصابة بالفيروس إلى الجنين خلال مرحلة الحمل أو الرضاعة .
- ويعتبر مرض الايدز من الأمراض الوبائية القاتلة إذ انه لا يوجد له علاج شاف حتى الآن ولا تزال الوسائل العلاجية المستخدمة غير قادرة على علاجه وإنما تقلل من انتشاره المرض وتقلل من معدل الوفيات به.

وتظهر على الشخص المريض المصاب بالايدز مجموعة من الأعراض منها الحمى واضطرابات القلب ونوبات تشنجية وفقدان للوزن وصعوبة التنفس وإسهال وسعال وصعوبات حركية ولغوية والتهابات متكررة (الخطيب 2009).

ومن المفاهيم الخاطئة عن الايدز انه من الممكن إن ينتقل من خلال التفاعل العرضي مع المريض المصاب به وهذا غير صحيح حيث إن ذلك يؤدي إلى نبذ وتجنب الأشخاص المصابين به من قبل أفراد المجتمع .

مع العلم انه لم تسجل حالات من الإصابة به من قبيل التعامل العرضي ونظراً لصعوبة علاج الإصابة بفيروس (HIV) فان الوقاية من التعرض للعدوى به تعد هدفا رئيسا في سبيل التحكم في انتشار المرض وبالتالي فان منظمات الصحة تنصح بالتخلص من الحقن والإبر المستخدمة فورا واستخدام القفازات والأدوات الواقية عند عمليات نقل الدم وتجنب المخدرات والعلاقات الجنسية المحرمة .

تشوهات وأمراض القلب (Heart Defects)

تعتبر تشوهات القلب وأمراضه لدى الأطفال من المشكلات الصحية التي تحتاج رعاية خاصة وتقسم إلى :

- تشوهات قلبية خلقية : وهي التي تصيب الطفل وهو في رحم أمه لأسباب مختلفة منها تناول الأم الحامل للأدوية والعقاقير أو تعرضها للأشعة في الشهور الأولى من الحمل أو بسبب سكري الحمل أو إصابة الأم الحامل بالالتهابات والأمراض كالزهري والحصبة الألمانية والنكاف أو غير ذلك من العوامل الوراثية .
- الأمراض المكتسبة : وهي التي تصيب الطفل بعد ولادته ومنها تصلب الشرايين لدى الأطفال وغيره من الأمراض .

وتظهر على المريض أعراض مختلفة منها ازرقاق في الجسم وتعب شديد أثناء الرضاعة أو بذل المجهود الجسمي وصعوبة في التنفس، بالإضافة إلى سرعة في نبضات القلب (البيلاوي 2010) وتعالج أمراض القلب وتشوهات من خلال العمليات الجراحية.

أمراض الدم :

أمراض الدم عديدة ومتنوعة وبعضها مزمن ويحتاج إلى علاج مستمر ومن هذه الأمراض

ما يلي :

- الهيموفيليا Hemophilia
- الأنيميا المنجلية Enemia sickle cell
- الثلاسيميا Thalassemia

1. الهيموفيليا (Hemophilia): أو ما يعرف بمرض نزف الدم وهو مرض وراثي مزمن يسبب نقصاً في عوامل تخثر الدم، فعندما يصاب الشخص المصاب بجرح فان الدم لا يتخثر ويبقى ينزف لمدة طويلة .

ويتتج الهيموفيليا عن أسباب وراثية تنتقل من الأباء إلى الأبناء وقد لا تظهر أعراضه إلا بعد السنة الثانية أو الثالثة من العمر .

والهيموفيليا عدة أنواع فهناك هيموفيليا (أ) وهو الأكثر شيوعا وينتج عن نقص في عامل التخثر رقم (8)، وهناك هيموفيليا (ب) وينتج عن نقص في عامل التخثر رقم (9) . (الخطيب 2009)

وتظهر على الطفل المصاب أعراض منها النزف لعدة ساعات وظهور كدمات زرقاء في الأطراف، وقد يحدث نزيف في المفاصل وخاصة الركبتين مما يجعل المصاب يعاني من تيبس وضعف في العضلات الأمر الذي يسبب له الإعاقة الحركية .

ويعالج الهيموفيليا من خلال استخدام الثلج الموضعي عند حدوث النزف مع اخذ مسكنات للآلام ومن خلال إعطاء بروتين التجلط المناسب عن طريق الوريد ليساعد على تجلط الدم عند حالات النزف .

2. الأنيميا المنجلية : (Enemia): ويطلق عليه أيضا فقر الدم المنجلي وهو احد أنواع فقر الدم، وهو مرض وراثي يصيب كريات الدم الحمراء مما يؤدي إلى تكسرها وتأخذ عادة شكل المنجل أو الهلال بدلا من أن تكون دائرية. وبالإضافة إلى ذلك فان شكلها غير الطبيعي يجعلها لا تتمكن من التحرك بسهولة في الأوعية الدموية فتتجمع معاً وتسد تلك الأوعية ويقل تدفق الدم فيها من ناحية، ومن ناحية أخرى فان كريات الدم المنجلية لا تحمل الأوكسجين لخلايا الجسم وبدون الأوكسجين تبدأ الأعضاء بالضرر مما يتسبب كذلك بإصابة الشخص بالأزمات أو النوبات أو الالتهابات ويصيبه كذلك قصور في القلب والألم في المفاصل والعظام وتضخم في الطحال وغير ذلك من المضاعفات وتعالج هذه الأنيميا من خلال تناول مسكنات للألم ومن خلال عمليات استبدال نخاع العظام وهي عملية باهظة التكاليف ومحفوفة بالمخاطر (البيلاوي 2010).

وينصح المريض فيها بتناول الأطعمة التي تحتوي على نسب كبيرة من الحديد كالكبدة والكلاوي والطحال وينصح كذلك بتناول الأسماك وصفار البيض وشرب الكثير من السوائل وتناول حامض الفوليك وتناول الحليب ومشتقاته لاحتوائه على عنصر الكالسيوم الذي يساعد على امتصاص الحديد.

3. الثلاسيميا Thalassemia (فقر دم البحر الأبيض المتوسط): هو مرض وراثي ناتج عن خلل في الجينات ويسبب فقر دم مزمن وهو من أكثر الأمراض الوراثية انتشاراً في العالم.

ويولد المصاب بمرض الثلاسيميا نتيجة الزواج بين حاملين للمرض (الزوج والزوجة كلاهما حامل للمرض) والحامل لا تظهر عليه أعراض ظاهرة للمرض ولكن يمكن تشخيصه من خلال التحاليل الطبية.

ويؤثر الثلاسيميا في صنع الدم إذ تكون مادة الهيموجلوبين في كريات الدم الحمراء عاجزة عن القيام بوظيفتها في حمل الأوكسجين .

وتنتج الثلاسيميا بالوراثة من الآباء إلى الأبناء ويظهر على المصاب به شحوب واصفرار وفقدان الشهية وإسهال وقيئ وتضخم في الطحال.

تنقسم الثلاسيميا إلى نوعين هما الثلاسيميا الكبرى وفيها تظهر الأعراض على المصاب بها وثلاسيميا صغرى وفيها لا تظهر أعراض المرض على المصاب ولا يوجد علاج شاف له حتى الآن ولكنه يعالج من خلال عمليات نقل دم بشكل شهري للحفاظ على هيموجلوبين الدم بمستويات مناسبة (وإذا لم يتم نقل الدم فالمتوقع إن يتوفى المريض بسن مبكرة) ومن خلال الأدوية والفيتامينات وهناك ضرورة لعمل فحوصات ما قبل الزواج لتجنب ولادة أطفال يعانون من هذا المرض فدرهم وقاية خير من قنطار علاج .

التقييم التربوي للأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

نظراً للتباين الكبير بين فئة الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية في القدرات والإمكانيات حيث إن بعض أفرادها يعانون من إعاقات متعددة وبعضهم يعانون من مشكلات حركية والبعض يعانون من مشكلات صحية وبين هذا وذاك طيف واسع من تفاوت القدرات فإن هناك صعوبة بالغة في عملية القياس والتشخيص التربوي لهذه الفئة، لذا فإن هذه الفئة غالباً ما تخضع إلى تقييم سطحي غير مناسب أو أن يتم استخدام طرق وأدوات غير مناسبة في التقييم، وهذا يعيق تقديم الخدمات التربوية التي يحتاجها التقييم المناسب لتقديمها.

لذا فإن هناك حاجة ماسة إلى إيجاد اختبارات مناسبة لهذه الفئة تراعي إمكانياتهم الجسدية والحركية ويتم بناؤها أو تقنينها عليهم .

ويشير الخطيب (2009) إلى أن هناك تحفظات حول التقييم النفسي والتربوي للأفراد ذوي الإعاقة الجسدية والصحية ومنها :

- إن تطوير الاختبارات النفسية والتربوية عموماً لا تتم فيه مراعاة الصعوبات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية .
- ندرة المتخصصين في تقييم الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية في البلدان العربية.
- ندرة الاختبارات المناسبة .

وينبغي أن يشترك في عملية تقييم الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية فريق متعدد التخصصات لتقديم تقييم شمولي لقدراتهم وحاجاتهم ويحتاج التقييم إلى تخصصات مثل أخصائي في العلاج الطبيعي وأخصائي العلاج الوظيفي وأخصائي في علم النفس وأخصائي اضطرابات النطق واللغة وأخصائي اجتماعي بالإضافة إلى التقييم الطبي .

وفيما يتلق بتعليم الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية لا يختلف كثيراً عن تعليم الأفراد العاديين وان كان تعليمهم يحتاج إلى إدخال تعديلات أو تكييفات للمباني من حيث المدخل والإدراج ودورات المياه والأثاث والأدوات المستخدمة .

ويشار هنا إلى تأثر التحصيل الأكاديمي سلبياً للأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية بالاتجاهات السلبية نحوهم والدخول المتكرر للمستشفى وكذلك نقص الدافعية نحو الدراسة.

البدائل التربوية للطلاب ذوي الإعاقات الجسمية والصحية

من الصعب تحديد بديل تربوي مناسب لهذه الفئة وذلك للتباين الكبير مابين أفرادها لذا فالأوضاع التربوية التي يمكن تعليم ذوي الإعاقة الجسمية والصحية متنوعة وتشمل جميع البدائل وذلك تبعاً لعوامل مختلفة منها :

- شدة الإعاقة .
- مدى توفر الخدمات في البيئة المحلية .
- مدى توفر الخدمات المساندة كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي.
- مدى توفر الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة (الببلاوي 2010).

فالبدائل التربوية جميعها يمكن أن تكون مناسبة من الصف العادي وغرفة المصادر والصف الخاص والمدرسة الخاصة النهارية والتعليم في المنزل أو المستشفى ومراكز الإقامة الكاملة .

ونستطيع تحديد البديل التربوي المناسب في ضوء المتغيرات السابقة وغالباً ما يكون الصف العادي مناسباً للأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية الذين يتمتعون بقدرات عقلية عادية ويستخدمون الأدوات المساندة للحركة والانتقال كالكراسي والعكازات والأطراف الاصطناعية وغيرها ويتم تقدير كل حالة بحسب المتغيرات المحيطة .

تنظيم البيئة الصفية

يتطلب تدريس الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية بعض المتطلبات الأساسية داخل الغرفة الصفية لتوفير القدر الكافي لهم في الحركة والانتقال ومن ذلك إدخال التعديلات في المبنى والغرفة الصفية والأثاث المستخدم وكذلك في ترتيب الأثاث داخل الغرفة من أجل إعداد بيئة صفية تناسب الأفراد المعاقين جسمياً وتوفر لهم القدر المناسب من الاستقلالية في الحركة والتنقل الآمن (Hallahan.et al 2006) .

كما يحتاج الأفراد المعاقون جسمياً إلى بعض الترتيبات في الغرفة الصفية من مثل إزالة الحواجز والعوائق أمام الحركة والانتقال، وأن يكون للصف بابان لا باب واحد، وأن تكون السبورة منخفضة بما يناسب الأطفال ومقابض الأبواب سهلة الفتح، والعمل على تغطية أرضية الغرفة لمنع الانزلاق بالإضافة إلى توفير أماكن خاصة كخزانات لحفظ الممتلكات (الخطيب 2009).

ويحتاج الأطفال المعاقون جسمياً إلى تدريبهم على مهارات الكفاءة الذاتية في تأدية الأنشطة اليومية وإلى توفير الأدوات المعدّلة المكيفة التي تسهل عليهم الحركة وعملية الكتابة والقراءة .

التدخل العلاجي

هناك مجموعة من الاختصاصات الطبية وغير الطبية التي يحتاجها الأفراد ذوي الإعاقة الجسمية والصحية ومنها :

1. العلاج الطبيعي : Physical Therapy

ويعمل العلاج الطبيعي على تحسين حالة المصاب إلى أقصى درجة في أدائه وظائفه الحياتية وتخفيف أثار الإصابة أو المرض وذلك من خلال التركيز على وضع الجسم وحركته وتوزانه وتقييم القدرات الجسدية والعضلية، ويستخدم العلاج الطبيعي أساليب متنوعة في العلاج مثل التدليك والتمارين الرياضية والحرارة وأجهزة الموجات فوق الصوتية والكمادات الباردة .. (السرطاوي 2010).

2. العلاج الوظيفي :Occupational Therapy

ويعمل العلاج الوظيفي على تنمية المهارات الحركية الدقيقة للأفراد المعاقين جسمياً وصحياً وتطوير قدرة الأفراد على تأدية مهارات الحياة اليومية ومهارات العناية بالذات

ويعمل كذلك على تطوير مهارات التآزر البصري_الحركي وعلى تزويد الفرد بالمهارات المتعلقة بالعمل لزيادة استقلاليتهم الذاتية .

3. العلاج النطقي : Speech Therapy

ويسعى العلاج النطقي إلى مساعدة الأفراد على النطق وتطوير المهارات اللغوية وتسهيل انسيابية الكلام حيث يعمل على تشخيص الاضطرابات والمشكلات في النطق اللغة وتصميم برامج علاجية لها.

إرشاد الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

يعتبر الإرشاد ضرورة وحاجة ملحة في العصر الحالي لاسيما للأطفال ذوي الإعاقة الجسمية والصحية وأسرهم من أجل التخفيف من الآثار السلبية للإعاقة على الطفل وأسرته وبسبب ما يتعرض له الفرد المعاق في مراحل حياته المختلفة وكذلك ما تمر به أسرته من ضغوط ومشكلات بسبب الإعاقة .

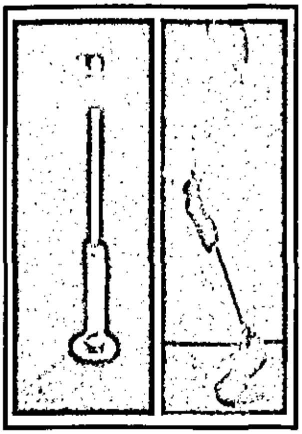
ويعرف الإرشاد بأنه : مجال من مجالات علم النفس يساعد في تحسين مستوى سعادة الأفراد وحل أزماتهم ويعزز قدراتهم في حل مشكلاتهم ويساعدهم على اتخاذ القرارات المناسبة

ويعرف إرشاد الأطفال غير العاديين بأنه عملية إنسانية تتضمن مساعدة الأفراد غير العاديين نفسياً وتربوياً ومهنياً وأسرياً عبر برامج وقائية وغمائية وعلاجية لمساعدتهم على حل مشكلاتهم وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وصولاً إلى أفضل مستوى من الصحة النفسية (الزعبي 2009).

ويركز الإرشاد على الوقاية من الوقوع في المشكلات ويسعى لاستثمار قدرات الفرد المعاق إلى أقصى درجة حتى يعتمد على نفسه ويتقبلها ويتقبل الآخرين ويسعى كذلك إلى علاج المشكلات التي يمر بها الأفراد المعاقين كالخجل والاكتئاب والاعتمادية وغيرها ..

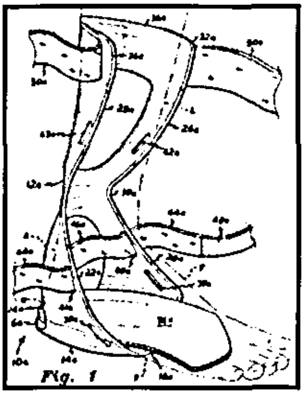
وتحتاج كذلك الأسرة للإرشاد حتى تتعرف على كيفية التعامل مع ولدها المعاق وحتى تعرف بقدراته وتساعده على تقبل حالته.

الأطراف الصناعية (Prothetic)



وهي أطراف تحل محل جزء مفقود من الجسم للتعويض عنه والقيام بوظائفه وتستخدم كذلك في حالة التشوهات. وتستخدم في الغالب مع الأطراف العلوية أو السفلية وتساعد الفرد على تأدية وظائفه والحركة والتنقل بسهولة. ويحتاج الفرد معها إلى إعادة التأهيل لتعلم استخدام الطرف الصناعي بشكل فعال (الخطيب2009) .

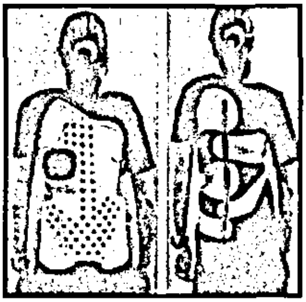
الأجهزة التعويضية Orthotics



وهي عبارة عن أجهزة وأدوات بلاستيكية أو معدنية تصمم وتصنع لتصحيح أو تدعيم عضو ما أو طرف أو جذع .

وهي أجهزة تساعد على الحركة عموماً وتسهم في إعادة تأهيل الأفراد للتكيف مع البيئة.

ويتم تصنيف هذه الأجهزة غالباً بحسب العضو المستخدم له فهناك مقوم الكاحل والقدم و مقوم اليد والمعصم ومقوم الركبة ومقوم الجذع وغيرها.



وتستخدم هذه الأجهزة من أجل تقويم العظام أو تحسين وظيفتها وكذلك لتدعيم لعضلات وتقويتها وخاصة مع المشكلات الناتجة عن الصدمات أو الرياضية أو إصابات العمل .وهناك المفاصل التعويضية التي تساعد على الحركة للأطراف العلوية أو السفلية.

مراجع الفصل التاسع

المراجع العربية :

- البيلاوي، إيهاب.(2010) الإعاقات البدنية والصحية (الطبعة الأولى). الرياض، المملكة العربية السعودية: دار الزهراء .
- الخطيب، جمال وآخرون.(2009) مقدمة في تعلم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة (الطبعة الثانية) . عمان، الأردن : دار الفكر.
- الخطيب، جمال. الحديدي،منى.(2010) المدخل إلى التربية الخاصة (الطبعة الثانية). عمان . الأردن : دار الفكر.
- الخطيب، جمال.(1998) . مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، (الطبعة الأولى). عمان،الأردن : دار الشروق .
- الخطيب، جمال.(2004) . الشلل الدماغي والإعاقة الحركية (الطبعة الأولى) . عمان .دار الفكر .
- الزعبي، أحمد. (2009) التوجيه والإرشاد النفسي (الطبعة الرابعة).دمشق .سوريا : دار الفكر.
- السرطاوي،عبد العزيز.الصمادي، جميل.(2010). الإعاقات الجسمية والصحية،(الطبعة الأولى) . عمان، الأردن : دار الفكر.
- عبد العزيز، سعيد. (2008) إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة (الطبعة الأولى). عمان .الأردن : دار الثقافة للنشر.
- القمش،مصطفى .المعايطة،خليل.(2011) سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، (الطبعة الرابعة) عمان .الأردن : دار المسيرة .

المراجع الأجنبية

- Benjamin J. Luft & Arlene. Chua. (2007): current infectious disease reports. Volume 2 . number 4. 358-362.
- Davidson's. Nicholas et al: Principles and Practice of Medicine . chapter 19 . 20th edition
- Morning ster M.joy. T (2006) Scoliosis treatment Using spinal manipulation and the pettibon weighting system: summary of 3 typical presentations . chiroper osteopat 14. Full text.
- The epidemiology of Cerebral palsy: Incidence, Impairments and risk factors. united cerebral palsy Research and Education foundation (U.S).July .2007.
- New English. med journal of medicine. 2007. 356 : 1499-1501 April 21.2007
- -Bigge J.L (1986) Teaching Individuals with Physical & multiple Disabilities Columbus .Ohio Charles. E. Merrill
- Department of Non communicable Disease: WHO. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and it's complications .report of WHO consultation (1999) (PDF).
- Hallahan, D &, Kauffman, J. (2006). Exceptional learners: An introduction to special education (10.the Ed). Boston: Allyan and Bacon education .Inc.
- Parra ,j , Augustine . et . al (2001) Classification of Epileptic seizures . comparison of two systems epilepsia .
- Rother .Kristina: diabetes treatment Bridging the divide –
- Spiegel . G .I Cutler . S .K. & yetter . C (1996) What every Teachers should know about epilepsy . intervention in school and clinic p. p 32-38 .

مواقع عالمية ينصح بالرجوع لها :

www.who.int منظمة الصحة العالمية

www.spinabifidaassocation.org

www.diabetes.org www.AmericanDiabetesassociation.org
www.ADA.org

www.efa.org .المؤسسة الأمريكية للصرع

www.ucpa.org. جمعية الشلل الدماغي الأمريكية.

الفصل العاشر

اضطراب التوحد

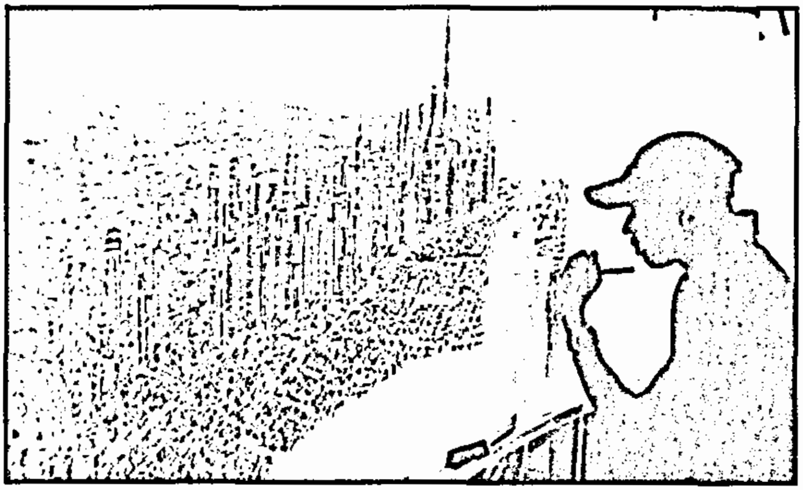
المقدمة
مفهوم اضطراب التوحد
اضطراب التوحد واضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة
نسبة الانتشار
أسباب اضطراب التوحد
فرضية اضطراب النظام الأيضي
فرضية اللقاح الثلاثي
خصائص اضطراب التوحد
تشخيص اضطراب التوحد
الأساليب والبرامج المستخدمة في علاج التوحد
مراجع الفصل العاشر

الفصل العاشر

اضطراب التوحد

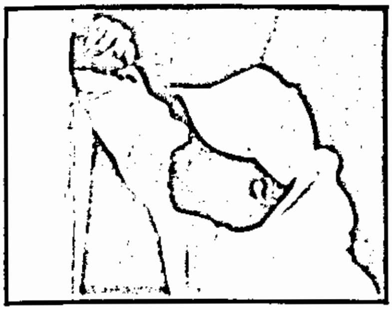
Autism Disorder

ستيفن ولتشير (Stephen Wiltshire) رسام بريطاني مصاب باضطراب التوحد، استرعت موهبته وقدراته الفنية الفريدة انتباه واهتمام الجمهور في جميع أنحاء العالم والمجتمعات الفنية، فمنذ كان طفلاً صغيراً أظهر ستيفن مقدرة فريدة على الإنتاج الفني بأدق تفاصيله، وإن أكثر ما يبعث على الدهشة اعتماده في تنفيذ رسوماته بتفاصيلها على الذاكرة، كما أن لديه الآن معرض في لندن، حيث قام بالسفر إلى كثير من دول العالم بما في ذلك دبي والقدس وسان فرانسيسكو وطوكيو وغيرها، وذلك بهدف رسم المعالم التاريخية والمدن فيها، وقد قام ستيفن بمشاهدة مدينة دبي من خلال طائرة عمودية، أخذ بعدها برسم المدينة من خلال ذاكرته مدة (23) ساعة على مدار أربعة أيام (Smith & Tyler,2010).



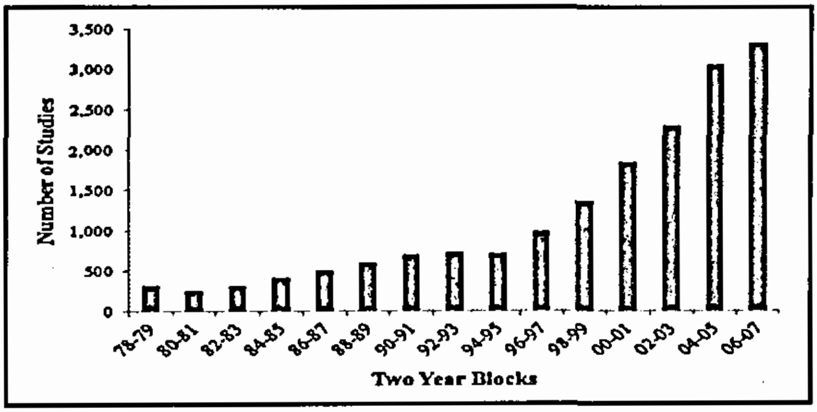
ستيفن ويلتشير (Stephen Wiltshire) أثناء رسمه بانوراما لمدينة دبي

المقدمة



يعتبر اضطراب التوحد (Autism Disorder) رغم حداثته من أكثر فئات التربية الخاصة (Special Education) إثارة للجدل عبر العقود الماضية إلى يومنا هذا، ومرجع ذلك عدم الاتفاق بين المتخصصين على كثير من القضايا الأساسية المرتبطة بهذا الاضطراب، والتي لا تزال بحاجة إلى مزيد من الأبحاث والدراسات العلمية المؤدية إلى حصول التراكم المعرفي اللازم لنضوج الحقائق العلمية المرتبطة بهذا الاضطراب، ومن ثم بلورة رؤى متفق عليها بين المختصين تفسر ما خفي من تلك القضايا، وتوضح ما التبس منها.

وقد استجابت سائر الميادين العلمية المرتبطة بهذا الاضطراب في رفده بآلاف الدراسات والأبحاث التي شهدت ازدياداً سنوياً مضطرداً وملحوظاً خلال العقدين الأخيرين، ولا أدل على ذلك مما ذكره فولكمار وآخرون (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz & Kin. 2004) من أن حصيلة دراسات اضطراب التوحد منذ اكتشافه على يد كانر عام (1943) إلى عام (1989) يقارب (2900) دراسة، بينما ارتفع هذا الرقم ليصل إلى (3700) دراسة منشورة ما بين عامي (1990-2004). وعلاوة على ذلك فقد قام هيوز (Hughes, 2008) مؤخراً بإعداد دراسة استعرض فيها ولخص أهم (1300) دراسة منشورة في عام (2008) فقط تبحث بهذا الاضطراب.



يمثل الشكل عدد الدراسات العلمية المنشورة في كل عامين للفترة الممتدة بين

. (Johnny et al, 2011) (2007-1978)

ويتصف اضطراب التوحد بنوعين من الأعـراض. الأول: الأعـراض الرئيسـة "Core Symptoms" والنوع الثاني: الأعراض المصاحبة "Associated Symptoms"، والـتي تظهـر في الثالث سنوات الأولى من حياة الطفل، حيث تؤدي هذه الأعـراض إلى عـدم توافـق الفـرد التوحدي مع البيئة والمحيط بشكل عام، كما تمس مهارات الطفل وقدراته التعليمة والذهنيـة، وتشمل الخصائص الرئيسة لهذا الاضـطراب: قـصوراً في الجانـب الاجتمـاعي، وقـصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، بالإضافة إلى العديـد مـن الـسلوكيات النمطيـة والتكراريـة والاهتمامـات المحـدودة، ومـن الأعـراض المصاحبة لهـذا الاضـطراب قـصور في الجوانـب الإدراكية والمعرفية واختلال في الإدراك الحسي والنشاط الزائد.

وقد ظهرت نتيجـة لهـذه المـشاكل والـصعوبات الـسلوكية والتواصـلية والاجتماعيـة العديد من البرامج التربوية التي تعمل على تطـوير وبنـاء مهـارات الفـرد الـذي يعـاني مـن التوحد والحد من تلك المشاكل والصعوبات، ومـن أهـم هـذه الـبرامج : برنـامج التحليـل السلوكي التطبيقي(ABA)، الذي يقوم على التدريب العملي والتعليم الفـردي المـنظم بنـاءً على نقاط القوة والضعف لدى الطفل التوحدي، واسـتخدام التعزيـز والتعلـيم مـن خـلال المحاولات لزيادة السلوك المرغـوب فيـه، وبرنـامج تيـتش (TEACCH) الـذي يعتمـد على التعليم المنظم والبيئة المنظمة للطفل باستخدام المعينات والـدلائل البـصرية، وبرنـامج بكـس (PECs) المخصص لتطوير التواصل لدى الطفل التوحدي باستخدام اسلوب تبادل الصور.

مفهوم اضطراب التوحد (Definition Autism Disorder)

ليو كانر (Leo Kanner)

إن كلمـة التوحـد الإنجليزيـة (Autism) مـشتقة مـن الكلمة ذات الأصل الإغريقي (Autse)، والـتي تعـني الـنفس أو الذات، وكان أول من أطلق هذا المصطلح على اضطراب التوحـد هـو الطبيـب النفـسي الأمريكـي ليـو كـانر (LeoKanner) عـام (1943)، كمـا اسـتخدمت تـسميات متعددة للإشارة لهذا الاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكـر، وذهان الطفولة، وفصام الطفولة (الظاهر، 2009).

وقد وصف كانر (Kanner) التوحد من خـلال أبحاثـه بأنه يشمل العديد من السلوكات غير العاديـة والـتي تـضمن الفشل في استعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخـرين،

ونشاطات لعب نمطية وتكرارية، ورغبة مفرطة في المحافظة على الروتين ومقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة، ومظهر جسمي طبيعي، وقدرات إدراكية جيدة، وقصور واضح في بعض الجوانب المعرفية، ووجود قدرات خاصة في بعض المجالات النمائية (يحيى، 2008).

إن خصائص التوحد التي وصفها كانر لأول مرة قبل ما يزيد على نصف قرن خضعت للتنقيح والصقل والتوسيع في السنوات الأخيرة، ورغم ذلك لا زالت تعريفات ومفاهيم التوحد إلى يومنا هذا تعكس الكثير من ملاحظات كانر الأصلية التي وردت في دراسته الأولى لهذا الاضطراب (Friend, 2011).

وقد كانت دراسة ليو كانر في التوحد متزامنةً مع دراسة أخرى قام بها الطبيب النمساوي هانز أسبيرجر(Hans Asperger,1944) على مجموعة من الأطفال الذين كانوا يعانون من اضطراب نمائي مزمن وملحوظ في الجانب الاجتماعي، حيث قام بوصفه وذكر خصائصه والذي أصبح يعرف مؤخراً باضطراب أسبيرجر (Asperger Syndrome).

هانز أسبيرجر

(Hans Asperger)

ومن أكثر تعريفات اضطراب التوحد قبولاً لدى المتخصصين هو تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (America-Psychiatric Association. APA)السوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR, 2000) حيث تم تعريف التوحد بأنه اضطراب نمائي عصبي (Neurodevelopment Disorder) يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، ويؤثر على عدة مجالات تشمل قصورًا في التفاعل الاجتماعي، وقصوراً في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور الحركات النمطية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، ويظهر بشكل واضح في الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل (Inglese & Elder, 2009).

وقد صنف اضطراب التوحد في هذا الدليل كأحد أقسام الاضطرابات النمائية الشاملة الخمسة التي تضمنها، حيث وضع لاضطراب التوحد مجموعة من المعايير التي يتحدد بها وهو على النحو التالي:

أولاً: يشترط في تشخيص اضطراب التوحد أن تنطبق ستة أعراض على الأقل من الفقرات التي تتضمنها المجموعات الثلاثة التالية، بحيث تكون موزعة كما يلي: عرضان على

الأقل من المجموعة الأولى ، عرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية ، عرض واحد على الأقل من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى: وجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يظهر على الأقل في اثنتين مما يأتي:

1. قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري مع الآخرين ، وتعبيرات الوجه ، الأوضاع الجسمية والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
2. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مع الأقران تتناسب مع عمره الزمني.
3. ضعف القدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في أفراحهم ، اهتماماتهم ، وإنجازاتهم.
4. ضعف القدرة على التبادل الاجتماعي والانفعالي.

المجموعة الثانية: وجود جوانب قصور نوعية في التواصل كما تظهر في واحد على الأقل مما يأتي:

1. تأخر أو قصور كلي في تطور اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني مثل الإشارات أو الإيماءات).
2. ضعف واضح في القدرة على المبادرة أو البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها (عند الأفراد التوحديين القادرين على الكلام).
3. ضعف القدرة على اللعب التخيلي التلقائي، أو اللعب الاجتماعي المناسب لمستواه التطوري.
4. استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

المجموعة الثالثة: القيام بسلوكيات نمطية بشكل تكراري، والميل إلى ممارسة أنشطة واهتمامات محددة تتمثل بواحدة على الأقل مما يلي:

1. الانشغال المتواصل بأنشطة واهتمامات محددة بشكل غير طبيعي من حيث الشدة.
2. تعلق غير طبيعي بأشياء محددة أو عادات معينة ليس لها أي معنى.
3. حركات جسدية نمطية متكررة مثل(ثني أصابع اليد، التصفيق ، رفرفة اليدين).
4. التركيز على أجزاء محددة من الأشياء والانشغال الزائد بها.

ثانياً: تأخر أو سلوك غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية تظهر قبل بلوغ سن الثالثة:

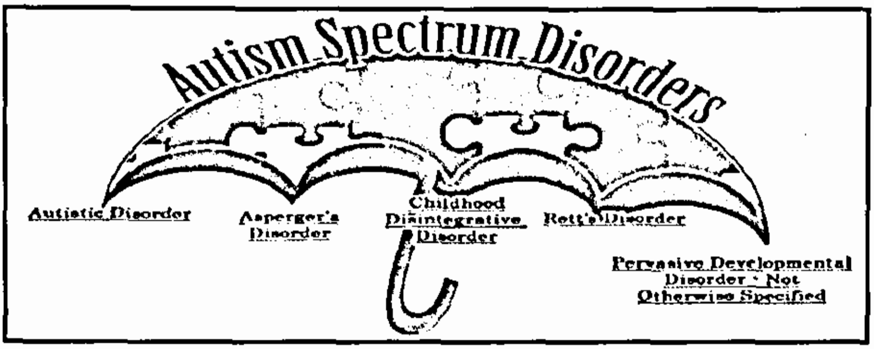
1. التفاعل الاجتماعي. 2. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي. 3. اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: أن لا تكون الأعراض السابقة لدى الطفل عائدة إلى اضطراب ريت أو اضطراب الانتكاس الطفولي.(APA,2000)

اضطراب التوحد واضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة

يتداول الكثير من المتخصصين والعاملين في التربية الخاصة عدة مصطلحات في ميدان اضطراب التوحد، وهذه المصطلحات هي: اضطرابات طيف التوحد (ASD)؛ والاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) ؛ واضطراب التوحد (AD). ولتوضيح اللبس الذي قد يقع فيه البعض عند الحديث عن اضطراب التوحد ، لابد من توضيح تعريف كل مصطلح من تلك المصطلحات . فمصطلح اضطرابات طيف التوحد ، ومصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة كلاهما مصطلحان يستخدمان للتعبير عن خمس فئات تندرج تحت مظلة طيف التوحد هي: اضطراب التوحد (Autism Disorder) وهو اضطراب يتسم بالقصور في التفاعل الاجتماعي ؛ والتوصل ؛ وممارسة سلوكيات نمطية ؛ ومقاومة التغير ؛ والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية . التي تظهر قبل بلوغ سن الثالثة من العمر، والفئة الثانية متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) وهي متلازمة تشبه كثيراً المستوى المتوسط من اضطراب التوحد؛ دون أن يكون هنالك قصور في القدرة العقلية ، والقدرة اللغوية . والفئة الثالثة متلازمة ريت (Rett's Syndrome) وهي متلازمة تصيب الإناث على الأغلب، تنمو الطفلة بشكل طبيعي إلى الشهر الخامس من العمر، وقد يمتد إلى سن أربع سنوات ، يتبعها نكوص في النمو ، وقد تصاحبه إعاقة عقلية، ومشكلات حركية. والفئة الرابعة اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder) إذ ينمو الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بشكل طبيعي يصل إلى سن ثلاث سنوات أو سن خمس سنوات وأحياناً إلى سن العاشرة . يتبع هذا النمو الطبيعي تدهور ملحوظ في المهارات المكتسبة خلال أشهر أو خلال أسابيع وهو من أندر الحالات. وأما الفئة الخامسة فهي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified) وهو ما يعرف بالتوحد غير النمطي(Atypical Autism) وهو

الاضطراب الأكثر شيوعاً بين الاضطرابات السابقة،إذ يكون فيه ثالوث الأعراض بدرجة بسيطة أو غير مكتمل(الزارع، 2010)



مظلة اضطراب طيف التوحد (ASD)

نسبة الانتشار

كان الاعتقاد السائد تاريخياً فيما يتعلق بنسبة انتشار التوحد أنه يتراوح بين (4-5) لكلّ 10000 ولادة، لكن عدداً من الدراسات اللاحقة أظهرت أن نسب انتشار طيف التوحد (ASD) تراوحت بين (20-40) لكلّ 10000، والذي ارتفع مؤخراً ليصل إلى 60 لكل 10000 ولادة، وقد تكون نسبة الانتشار لمجموع الطيف التوحدي بمستوى (100) لكل (10000)، لذلك لم يعد ممكناً اعتبار اضطراب طيف التوحد من الحالات النمائية العصبية النادرة كما كان سائداً في العقدين الماضيين (Charman, 2008).

و قد أجرى كل من شاكرابارتي وفومبون (Chakrabarti & Fombonne, 2005) دراسة مسحية في بريطانيا لمرحلة ما قبل المدرسة ضمن عمر(4–6) سنوات، حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار الاضطرابات النمائية واسعة الانتشار (pervasive developmental disorders) بلغت (58.7) لكل (10.000) طفل، وذلك من خلال استخدام أدوات تشخيص مقننة متعددة، أما التوحد بصفة خاصة فوجدا أن نسبة انتشاره هي (22) لكل (10.000) طفل.

إن بيانات نسب الانتشار مستمرة في الارتفاع، حيث ازداد متوسط نسبة انتشار اضطراب التوحد (Autism disorder) من (2) لكل (10000) سنة (1980)، إلى أقل من (30) لكل (10000) سنة (2004)، بينما ارتفعت نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد

(ASD) من (5) لكل (10000) سنة (1980) لتصبح حوالي (70) لكل (10000) سنة (2004) (Lathe, 2006).

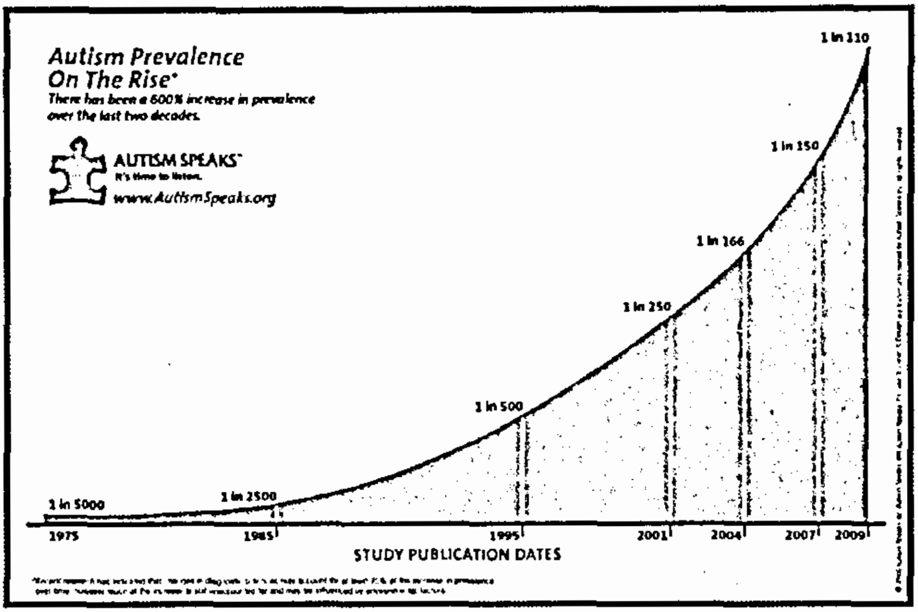
وقد أشار وليامز وآخرون (Williams et al, 2006) في دراساتهم إلى أن متوسط نسبة انتشار اضطراب التوحد(AD) واضطراب طيف التوحد(ASD) سنة (2005) هي (35) لكل (10000) وفوق (90) لكل (10000) على الترتيب، كما أكد على ارتفاعه في المدن وفي الأطفال الأصغر سناً.

وبناءً على ما تقدم فإن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد (ASD) في البداية المبكرة للألفية الثالثة يتجه بسرعة نحو 1% بينما لم تتجاوز نسبة الانتشار فيما بين (1980-1990) 0.1% وهذا يشير إلى أن نسبة الانتشار ارتفعت عشرة أضعاف في السنوات الأخيرة (Lathe, 2006).

إن هذا الارتفاع الخطير في نسبة انتشار التوحد المذكورة سابقاً، اضطر الكثير من العلماء لاستكشاف أسباب ظهوره وكأنها في حالة ازدياد مستمر، كما فتح باب النقاش واسعاً في حقيقة وجود ما يسمى بـ"وباء التوحد" (Autism Epidemic)، ورداً على هذه المخاوفِ أجرى مركز مكافحة ومراقبة الأمراض(CDC, 2007) دراستين لتقصي حالة الأطفال في عمر(8) سنوات، حيث كانت الدراسة الأولى تتعلق بعام (2000)، والثانية بعام (2002)، وقد أكدت النتائج في كلتي الدراستين على وجود ثبات في نسبة الانتشار في معظم الولايات باستثناء ولاية نيوجيرسي التي كانت أكثر ارتفاعاً (9.9 : 1000) بالمقارنة مع باقي الولايات، أما متوسط نسبة الانتشار في جميع الولايات فقد كان (6.7 :1000)، وهذا يعني أن (1) من كل (150) طفلاً يعاني من اضطراب طيف التوحد، وهذه النسبة هي الأكثر اعتمادا من قبل الخبراء والمنظمات المتخصصة بالتوحد (Inglese & Elder, 2009).

وبناءً على هذه النسبة نجد أن التقدير السنوي لعدد المواليد في أميركا الذين يعانون من هذا الاضطراب يبلغ (24000) مولود من أصل أربعة ملايين مولود، بالإضافة إلى أن هذه النسبة لو كانت ثابتة في العقدين الأخيرين فإن عدد المصابين بهذا الاضطراب ممن تتراوح أعمارهم بين سن الولادة و (21) عاماً هو (500000) شخص،مما يعني أن هذا الاضطراب هو أكثر شيوعا من أمراض الحبل الشوكي والسرطان والمنغولية (Inglese & Elder, 2009).

و قد صدرت في نهاية عام (2009) دراسة حديثة أعدها مركز مكافحة ومراقبة الأمراض (CDC, 2009) تتعلق بنسبة انتشار طيف التوحد (ASD) لعام (2006)، حيث وجدت الدراسة أن (1) من كل (110) أطفال ضمن عمر الثماني سنوات يعاني من اضطراب طيف التوحد، وهذه النسبة تفوق النسبة التي أكدها ذات المركز في الدراستين السابقتين اللتين أشرنا إليهما لعامي (2002,2000) والتي توصلت إلى أن النسبة هي (1) من كل (150) (CDC, 2009).



الشكل رقم 1: نسبة انتشار التوحد من عام (1975 - 2009)

كما اتفقت الدراسات على أن هذا الاضطراب ينتشر عند الذكور بنسبة أعلى من الإناث، إلا أنها تفاوتت بشكل كبير في تحديد مقدار هذه النسبة فمنها ما أكدت على أنها (4-1)، بينما اعتبرت دراسات أخرى أن كل واحدة من الإناث يقابلها (6-2.8) من الذكور، كما لا يفرق انتشار هذا الاضطراب بين الطبقات الاجتماعية ولا الأجناس ولا الخلفيات الثقافية (يحيى،2008).

أما عن نسبة انتشار اضطراب التوحد في البلاد العربية فلم يتوصل الباحث إلى دراسات علمية موثقة تحدّد هذه النسبة بشكل دقيق.

و قد أثار وجود هذه الزيادة المطردة في نسبة انتشار التوحد نقاشاً طويلاً بين المتخصصين فيما إذا كانت حقيقية أم ناتجة عن عوامل أخرى أثرت فيها، حيث أشار العديد من الباحثين إلى جملة من الأسباب التي أدت إلى حصول هذه الزيادة على النحو الآتي:

عوامل ارتفاع نسبة انتشار التوحد

1. **ازدياد الانتقال من المناطق الريفية إلى المناطق المدنية:** فقد أكدت العديد من الدراسات على أن المعيشة في المدينة من أهم الأسباب الرئيسة والخطرة التي تؤدي إلى ظهور التوحد، وذلك لتوفر العديد من الأدلة القوية على أن البيئة لها دور هام في حدوث التوحد، لذلك من المحتمل بأن ازدياد الهجرة للعيش في المدينة على مدار الأربعين سنة الماضية قد أدى إلى مضاعفة حجم الشريحة السكانية المعرضة لخطر الإصابة بالتوحد .(Lathe, 2006)

2. **عمر الطفل:** من المهم الأخذ بعين الاعتبار الفئة العمرية التي تجرى عليها دراسة نسبة الانتشار، فقد أكد وليامز وآخرون (Williams et al,2006) في دراساتهم على أن هناك ارتفاعاً سنوياً في نسبة انتشار هذا الاضطراب يقدر بحوالي 10% لكل سنة تكون عينة الدراسة فيها أصغر سناً (الظاهر، 2009؛ Lathe, 2006).

3. **المعايير التشخيصية:** إن تطور المعايير التشخيصية وتنوعها يؤثر بلا شك على نسبة الانتشار، ويفترض أصحاب هذا التفسير أن تطور معايير القياس والتشخيص منذ صدور كلٍ من (DSM-III ,ICD9) إلى (DSM-IV ,ICD10) كان سببا مهما في توسيع دائرة هذا الاضطراب ودخول شرائح جديدة من الأطفال تحته، إلا أن هذا العامل لا يبدو أنه مؤثر بشكل كبير، حيث لا يبدو أن طرق التشخيص المتأخرة ضمت شريحة أوسع من الأطفال لتصنفهم ضمن اضطراب التوحد، لأن جميع

المقاييس اشتملت على ذات المعايير الرئيسة مثل: ضعف التفاعل الاجتماعي، وتأخر النطق، ومقاومة التغيير(Lathe, 2006) .

4. إن نسبة الوعي بهذا الاضطراب لدى أولياء الأمور والمعلمين والمتخصصين ازداد بشكل كبير في السنوات الأخيرة، مما ساعد على فرز أفراد التوحد في مراكز متخصصة بهذا الاضطراب، وتمييزهم عن غيرهم من أصحاب الإعاقات الأخرى.
5. إن العديد من الأفراد الذين يشخصون اليوم ضمن اضطراب التوحد كانوا في الماضي مشخصين على أنهم ضمن شريحة التخلف العقلي أو الفصام أو الاضطراب الانفعالي، فعندما أضيفت هذه الشرائح إلى هذا الاضطراب بدا وكأن ثمة زيادة مطردة في انتشاره (Bogdashina ,2005).
6. إن التعدد في الأدوات الدقيقة والمقننة وتطورها لتشخيص اضطراب التوحد في السنوات الأخيرة، أسهم في تحديد وفرز أفراد هذه الفئة عن غيرها من الإعاقات الأخرى.

اسباب اضطراب التوحد (Autism Disorder Causes)

معرفة الأسباب في أي مرض أو اضطراب مهمة من الناحية الوقائية والعلاجية ، إلا أنه لا يوجد حتى الآن سبب مؤكد لاضطراب التوحد، حيث تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الأسباب المؤدية إليه، بدءًا من الدراسات النفسية ومرورًا بالأبحاث التي ركزت على العوامل البيولوجية والوراثية والأيضية والبيوكيمائية وانتهاءً بالفرضيات والنظريات التي ركزت على العوامل البيئية ودور المطعوم الثلاثي(MMR) وما إلى ذلك من العوامل والأسباب، ولكن حتى الآن لا توجد أسباب وعوامل واضحة تم الاعتماد عليها بشكل قاطع يمكن أن يعزى إليها هذا الاضطراب، إلا أن تركيز العلماء في المرحلة المتأخرة يصب بشكل كبير على الجانب الجيني- الوراثي والعصبي، وهذا ما صرح به العديد من الباحثين في هذا المجال في أحدث دراساتهم، فقد قال جونسون ومايرز(Johnson, Myers, 2007) في دراستهم "رغم أن البراهين الحالية تؤسس لوجود تأثير وراثي عال لاضطراب طيف التوحد (ASD)، إلا أن تحديد السبب الرئيس لا يزال مجهولاً حتى الآن، ويحتمل أن يكون نتيجة لعوامل جينية وبيئية متعددة".

أما بريك(Brekke ,2008) فقال إن أحدث النظريات المنتشرة عند معظم الجمعيات الطبية هو أن التوحد اضطراب نمائي عصبي (Neurodevelopmental Disorder) متعدد الأسباب مع تأثير جيني قوي"

أما بنفورد (Benford, 2008) فقد ذكر في دراسته أن السبب الدقيق للتوحد غير معروف، إلا أنه بشكل عام يوجد اتفاق اليوم على أن أسباب هذا الاضطراب تتضمن العديد من العوامل، وأنه اضطراب نمائي عصبي وراثي بدرجة مرتفعة مقدارها (90%) وفقاً للدراسة التي أعدها روتر(Rutter, 2005).

و قد تطرقت العديد من الدراسات والبحوث إلى مجموعة من العوامل والأسباب التي يحتمل أن تكون مسؤولة عن الإصابة بالتوحد والتي من أهمها:

الأسباب السيكولوجية-النفسية (Psychological Causes)

برونو بتلهيم
(Bruno Bettlehim)

سادت في فترة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين النظريات النفسية التي أشارت إلى أن صفات الوالدين الشخصية والبيئة الاجتماعية يلعبان دورًا رئيسًا في حدوث التوحد لدى الطفل، فآباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الانفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم واضطراب النمو اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل. ويعتبر برونو بتلهيم (Bruno Bettlehim,1976) من أكثر المتحمسين والمؤيدين لهذه النظرية التي تفسر حدوث اضطراب التوحد من النواحي النفسية والاجتماعية.

(Rimland) ريملاند

وقد انتقد ريملاند (Rimland) التفسيرات النفسية للتوحد ورد عليها بشدة، وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات، ومن تلك البراهين أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا لآباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة (Autistic Parent Pattern)، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد أنجبوا أطفالا غير توحديين، كما أن أشقاء الأطفال التوحديين هم غالبًا أطفال عاديون مما يدل على عدم صحة تلك النظرية، والتي أصبحت اليوم محل رفض الباحثين في هذا المجال (يحيى، 2008).

الأسباب البيوكيميائية (Biochemical Causes)

أكد العديد من الباحثين وجود خلل في مستوى تركيز بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي لدى الأطفال التوحديين،مما يحفز ظهور أعراض التوحد،و من أهم هذه النواقل:

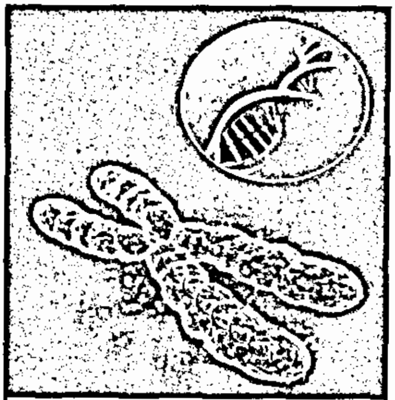
أ. السيروتونين (Serotonin): وهو من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي، والذي ينشأ من جدران القناة الهضمية، ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية مثل النوم، إفراز الهرمونات، المزاج، الذاكرة، درجة الحرارة.

ب. الدوبامين (Dopamine): وينشأ من الحامض الأميني الفينيلانين (phynylanine)، ويلعب دوراً حيوياً في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والسلوك النمطي.

ج. النوربنفرين (Norepinephrine): له دور في التوتر والإثارة ودرجة القلق.

د. الببتيدات العصبية: وهي مسؤولة بشكل رئيس عن الانفعال وإدراك الألم وضبط السلوك الجنسي (الشيخ ذيب، 2004).

الأسباب الجينية-الوراثية (Genetics Causes)



كروموسوم يضم في داخله عشرات الآلاف من الجينات الوراثية

تشير معظم الدراسات الجديدة إلى أن العوامل المسببة للتوحد تميل إلى أن تكون وراثية متعددة الجينات، كما يعتقد أن هناك ما يزيد على عشرة جينات على صبغيات (كروموسومات) مختلفة مسؤولة عن أعراض التوحد، حيث تسبب بعض الجينات في جعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بالتوحد، بينما تؤثر جينات أخرى على ظهور بعض الأعراض أو على شدة الإصابة.

وقد لخص هيوز (Hughes, 2008) مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال الكروموسومات المتسببة في التوحد بقوله: إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالتوحد، وبشكل خاص الكروموسومان (15& 17)، ومن الواضح حتى الآن أن سبب التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي.

صورة مكبرة للخلية العصبية

و قد تحفظ الظاهر على نتائج دراسة روتر وآخرين (Rutter, et al., 1997) التي أنكروا فيها وجود علاقة بين الكروموسومات وحالات التوحد، حيث درسوا العديد من حالات التوحد ولم يكن لديهم أي خلل كروموسومي، وأضافوا أن حالات التوحد المرتبطة باختلالات جينية لا تتعدى نسبة (4-5%) وهي نسبة قليلة (الظاهر، 2009).

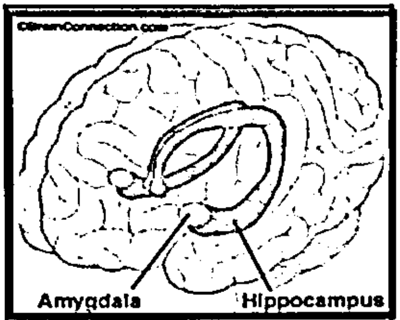
بينما ذكر روتر (Rutter, 2005) في دراسته الحديثة أن نسبة إصابة كلي التوأمين بالتوحد في حال ظهوره في أحدهما تصل إلى (60%) في حال التوائم المتشابهة(MZ twins)، مقابل (5%) في التوائم غير المتشابهة (DZ twins)، وهذا يظهر أن نسبة الوراثة في الإصابة بالتوحد عالية جداً. وأضاف إلى أن العائلة التي يوجد فيها مصاب بالتوحد تكون نسبة انتشار هذا الاضطراب فيها (6%) مقابل (0.5 %) في سائر المجتمع، ويمكن أن نستنتج مما سبق أن اضطراب التوحد ربما يكون اضطراباً جينياً وراثياً، أو سببه تغيرات مفاجئة في الجينات والكروموسومات نتيجة عوامل بيئية، ولكن نتائج الدراسات الحالية غير كافية حتى الآن للقطع في كونه السبب الرئيس للتوحد (Paxton & Estay, 2007).

الأسباب العصبية (Neurological Causes)

أشارت العديد من الدراسات في علم الأعصاب إلى احتمال ارتباط الإصابة بالتوحد بوجود اختلالات بنيوية في تركيبة الدماغ لدى الأفراد التوحديين، وخاصة تلك المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ، فقد أظهر التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) وجود بعض التغيرات في الموجات الكهربائية للدماغ لحوالي20 -60 ٪ من حالات التوحد وخاصة ذوي الذكاء المنخفض وكذلك زيادة في نوبات الصرع في حوالي 30 ٪ من الأفراد التوحديين (الدوايدة، 2009) .

كما تفيد الدراسات العصبية التي أجريت على الإنسان والحيوان بوجود علاقة سببية بين تلف أو قصور النظام العصبي الطرفي (Limbic system) وخاصة اللوزة الدماغية (Amygdala) وقرن آمون(Hippocampus) وبين اضطرابات التوحد النفسية والسلوكية، حيث أشارت الدراسات أن قرن آمون مسؤول عن التعلم والذاكرة، وقد أدى

عطبه أو إزالته من الدماغ إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات الجديدة وظهور السلوكيات النمطية والنشاط الزائد، وقد أشار هيوز(Hughes, 2008) إلى أحدث الدراسات في هذا المجال، والتي قام بها لفلاند وآخرون (Loveland, et al.,2008) حيث أكدت على أن اللوزة الدماغية وقرن آمون لدى المصابين بالتوحد فيهما شذوذ عن الوضع الطبيعي (Hughes, 2008).



رسم توضيحي لموقع اللوزة الدماغية وقرن آمون في داخل الدماغ

كما أكد جونسون ومايرز (Johnson, Myers, 2007) في بحثهما على الجانب العصبي وأوردا دراستين في هذا المجال، الأولى لروديير وأرنت (Rodier & Arndt, 2005) التي أكدت على وجود شذوذ في جذع الدماغ وتشوهات في المنطقة اللحائية والمادة السنجابية، أما الثانية فكانت لبومن وكامبر (Bauman & Kemper, 2005) التي أشارا فيها إلى انخفاض في عدد خلايا بوركنجي (Purkinje cells) في المخيخ لدى الأفراد التوحديين.

فرضية اضطراب النظام الأيضي (Metabolic System)

يذكر بعض الباحثين أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في عملية التمثيل الغذائي وحساسية عالية لبروتيني الغلوتين (Gluten) الموجود في القمح ومشتقاته والكاسين (Casein) الموجود في الحليب، حيث إن عدم امتلاك الطفل التوحدي للأنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات يؤدي إلى تراكمها على شكل سلاسل ببتيدية طويلة تسبب انتفاخًا في الأمعاء مما يؤدي إلى زيادة نفاذيتها، وهكذا يمكن أن تتسرب كميات غير طبيعية من تلك الأحماض فتنتقل عبر الدم إلى الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية عند الطفل نتيجة لتراكم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونية (الشيخ ذيب، 2004).

فرضية اللقاح الثلاثي (MMR)

و هو مركب يُعطى للأطفال في الطفولة المبكرة للحماية من الإصابة بالحصبة الألمانية (Rubella) والنكاف (Mumps) والحصبة (Measles)، وقد ظهرت فكرة الربط بين التوحد واللقاح الثلاثي بعد الدراسة التي قام بها أندرو ويكفيلد

وزملاؤه(Wakefield) سنة (1998) في بريطانيا عندما قاموا بفحص (12) طفلاً كانوا يعانون من اضطرابات معوية، وثبت لاحقًا أنهم عانوا من أعراض توحدية بعد فترة أسبوع إلى أسبوعين من أخذ اللقاح الثلاثي، مما جعل الكثير من الآباء يسحبون أطفالهم من برامج التلقيح خوفًا من الإصابة بالتوحد. وقد تعرضت هذه الفرضية إلى انتقادات واسعة لافتقارها إلى الأدلة العلمية، ولذلك لم تؤكد هذه الدراسة تأثير هذا اللقاح على ظهور حالات التوحد بشكل قطعي، والدراسات في هذا المجال لا تزال مستمرة (الدوايدة، 2009؛ Johnson, Myers, 2007).

أندرو ويكفيلد (Wakefield)

خصائص اضطراب التوحد (Characteristics of Autism Disorder)

1. الخصائص الاجتماعية (Social Characteristics)

تعتبر دلالات القصور في التفاعل الاجتماعي مؤشراً بالغ الأهمية في تشخيص اضطرابات التوحد، إلا أن هذه الخاصية لا تكون ظاهرة عند التوحديين في مراحل النمو المبكرة، لأن الاختلافات في هذا المجال عند الأطفال الأسوياء تكون في الغالب غير ملحوظة ويصعب تمييزها، ولكن عند دخول هؤلاء الأطفال في عامهم الثاني، تبدأ الصعوبات الاجتماعية بالظهور بشكل متزايد، وفي عامهم الثالث يصبح تطورهم الاجتماعي العام متأخراً بدرجة كبيرة، حيث يلاحظ أن معظمهم يفضلون الانعزال عن الآخرين والانشغال بأنشطة محددة إضافة إلى ضعف الرغبة لديهم في مشاركة من حولهم اللعب أو الاهتمامات أو الأنشطة (Whitman, 2004).

يعاني الطفل التوحدي من صعوبات في التعبير عن مشاعره

كما إن الضعف الحاصل في المهارات الاجتماعية لدى الأفراد التوحديين غالباً ما يكون أكثر حدة وعمقاً من الأفراد المشخصين بمتلازمة اسبرجر (Asperger) أو

(PDD-Nos)، حيث يفشل التوحديون في التمييز بين الاستجابة المهذبة وغير المهذبة، وذلك بسبب ضعف إدراكهم لعملية التواصل ومتطلباتها، وأن للآخرين عقولاً يمكن أن يميزوا فيها بين الاستجابات، لذلك هم بحاجة ليفهموا لماذا يجب على الفرد أن يكون مهذباً في استجاباته، حيث إن تأثير سلوكياتهم على الآخرين غالباً لا يكون مدروساً (& Paxton Estay, 2007).

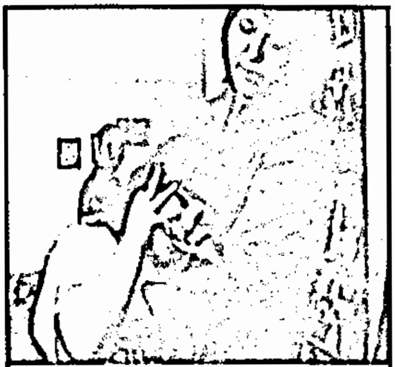
وقد يبدي الأفراد التوحديون عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين نتيجة الصعوبة التي يواجهونها في فهم وتفسير التعابير الانفعالية المتمثلة في الإيماءات، ونبرات الصوت، وطريقة الجلوس، ويعانون أيضاً من صعوبات واضحة في التعبير عن مشاعرهم، ويتمثل ذلك بعدم قدرتهم على إبداء التعابير الوجهية المناسبة لحالاتهم الانفعالية، كما ويعبرون عن مشاعرهم بطريقة مبالغ فيها (Murray,1996).

إن الانسحاب الذي يمارسه الطفل التوحدي من جميع أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي، يؤدي غالباً إلى ظهور عدد من المشاكل والصعوبات في تكوين الصداقات وإقامة العلاقات مع الآخرين، وتستمر هذه الصعوبات والمشكلات إلى مرحلة الرشد (Murray,1996).

ويتميز الأطفال التوحديون كذلك بالضعف في استخدام الإيماءات الجسدية والنبرات الصوتية الملائمة للمواقف الاجتماعية، إضافة إلى إظهارهم مشاعر عاطفية بطرق غير ملائمة في أوضاع معينة كالضحك والقهقهة في مواقف الغضب والتوتر، والانتقائية في الانتباه لتعبيرات الآخرين، إضافة إلى ندرة القدرة التعبيرية عن المخاطر والشعور بالذنب والذي يعود إلى افتقارهم إلى إدراكها أو تمييزها، وقد يتعذر على التوحديين ممارسة التعاطف مع الآخرين في أفراحهم أو أحزانهم، كما يواجهون صعوبات كبيرة في الاستمرار بالتعامل الهادئ في المواقف الاجتماعية عندما تكون هذه المواقف صعبة التوقع وغير متنبأ بها Paxton (& Estay, 2007).

وقد نقل باكستون وإيستي (Paxton &Estay,2007) في كتابهما تأكيد أستون (Aston,2003) على أن الضعف والقصور في الجانب الاجتماعي لدى أفراد التوحد ليس بسبب قلة الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية كما هو ظاهر، بل بسبب عدم قدرتهم على فهم القواعد الاجتماعية اللازمة للنجاح فيها، كما أنه من السهل إساءة فهم الآخرين للسلوكيات غير التفاعلية التي يمارسها الطفل التوحدي والتي قد توصف (بالبليدة)، أو

للسلوكيات غير الملائمة للمواقف الاجتماعية والتي قد توصف (بالمتحررة)، وإن من السهل إساءة فهم الآخرين لهذه السلوكيات واعتبارها بأنها تعبير يدل على بغض التوحدي لهم أو عدم اهتمامه لأمرهم.


لا يستطيع الأطفال التوحديون ممارسة العاب مشتركة مع الأقران

وقد أكدت العديد من الدراسات المسحية الطولية المتعلقة بتطور المهارات السلوكية الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال ملاحظات الآباء لأبنائهم التوحديين في الجانب الاجتماعي، أكدت على وجود تحسن في المهارات الاجتماعية وانخفاض الصعوبات المتعلقة بها كلما تقدم الطفل في العمر نحو مرحلة المراهقة، مما أدى إلى تخفيف عزلتهم، إلا أن هذه التحسن لم يرتقِ للمستوى الذي يخرجون به من دائرة التوحد (Gabriels & Hill, 2007).

إلا أن تقدم الطفل التوحدي في العمر ليصل إلى سن المراهقة والبلوغ، وما يتبع ذلك من زيادة في الحجم والنمو الجسمي، قد يكون عاملاً إضافياً يدفع بمشكلات التوحد الاجتماعية نحو الصعوبة والتعقيد، وذلك لازدياد متطلبات الحياة الاجتماعية وارتفاع مستوى التوقعات المفترض أن يتقنها في مثل عمره وحجمه، فمثلاً الكلام بصوت مرتفع جداً، أو إصدار تعليقات غير لائقة، أو إحداث ضوضاء في الأماكن العامة، قد يكون من السهل تحملها أو إهمالها من قبل الناس إذا ما صدرت عن طفل توحدي صغير، لكن هذا السلوك يصبح غير مقبول اجتماعياً أو حتى أنه يصبح مخيفاً يهدد الآخرين عند صدوره من توحدي بالغ جسمياً(Gabriels & Hill, 2007).

كما أشارت دراسة كلاين وجونز (Klin & Jones, 2008) إلى أن الأطفال التوحديين يتجنبون التواصل البصري، ويقومون بمعالجة ومسح وجوه الآخرين بطريقة مختلفة عن الأفراد العاديين، حيث يستهلك الأفراد التوحديون معظم وقتهم في مسح المناطق غير المميزة من الوجوه مثل(الآذان، والذقون...)، وذلك على حساب مسح المعالم الأكثر أهمية والمميزة للوجوه كالعيون.

2. الخصائص التواصلية (Communication Characteristics)

يستخدم كثير من التوحديين الإيماءات الجسدية للتعبير عن انفسهم بديلاً عن التواصل اللفظي

تعتبر اضطرابات التواصل من الخصائص الأساسية التي يعاني منها الأفراد التوحديون والتي يعتمد عليها الأخصائيون في تشخيص التوحد، حيث تضم مجموعة متنوعة من الاضطرابات التواصلية اللفظية وغير اللفظية والتي تتفاوت في الشدة والشكل، لذلك اعتمد العديد من الباحثين في توظيف هذه الخاصية للكشف المبكر عن التوحد، فقد قام لويستر وآخرون (Luyster, Qiu, Lopez, Lord , 2007) بتطبيق قائمة التطور التواصلي (CDI) على عينة من الأطفال بهدف الكشف عن التوحد، حيث أظهرت النتائج صلاحية القائمة للتنبؤ بالتوحد في عمر سنتين، لكنها كانت أكثر تنبؤاً في عمر الثلاث سنوات.

كما قام نادج وآخرون (Nadig et al, 2007) باختبار عدم استجابة الطفل لاسمه حين ينادى به ومدى دلالته على التوحد، فوجد الباحثون وجود دلالة عالية على التوحد في السنة الأولى من عمر الطفل عند فشله في الاستجابة لاسمه، بينما كانت نسبة الدلالة على التوحد في السنة الثانية من العمر 89٪.

و يذهب سكويرمان وويبر (Scheuermann & Webber ,2002) المشار إليهما في (هالاهان وكوفمان، 2008) إلى أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم النية التواصلية أو الرغبة في إقامة التواصل وذلك في سبيل تحقيق أغراض اجتماعية معينة. ويعتقد البعض أن 50٪ من هؤلاء الأطفال بُكم (Mute)، أي أنهم لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أو أنهم في أحسن الأحوال يكادون لا يستخدمونها. أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظراً لتعلمهم بعض الكلمات فيبدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت(Intonation)، وطبقة الصوت أو جهارته (Volume) ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثون بها، وقد يبدو كلامهم آلياً (Robotic)، أو يقوموا بالترديد المرضى للكلام على شكل المصاداة (Echolalia).

وقد وجد سامرز وآخرون (Summers, Houlding, & Reitzel, 2004) في دراسة على عينة مكونة من ثلاثة وخمسين توحدياً بأن 73٪ منهم كانوا ناطقين أو لديهم بعض

المهارات الكلامية (والتي تتراوح ما بين الكلمة الواحدة والجملة)، وأن 25٪ منهم كانوا غير ناطقين حيث استخدموا أشكالاً متنوعة من طرق التواصل غير اللفظي مثل الإشارات ونظام التواصل بالصور، أما 2٪ المتبقية فلم يطوروا شيئاً من المهارات التواصلية.

كما أشار جونسون ومايرز (Johnson & Myers, 2007) إلى أن بعض توحديين يظهرون ما يعرف بالمصاداة (Eeholalia)، والتي يطلق عليها أحياناً بالترديد البيغاوي، وتعني ترديد كلام الآخرين، حيث تنقسم إلى قسمين: الأول: المصاداة الفورية (immediate echolalia): ويقصد بها ترديد كلام الآخرين مباشرة بعد سماعهم له. ويشمل النوع الثاني المصاداة المتأخرة (delayed echolalia): ويقصد بها ترديد كلام الآخرين بعد مرور فترة من الزمن (ساعات، أيام، أسابيع)، حيث تلازم المصاداة الأفراد التوحديين طيلة حياتهم، مشتملة على مزيج من المصاداة الفورية والمتأخرة، وقد نقل لام وأمان (Lam & Aman, 2007) عن شارلوب (Charlop,1992) أن معدل انتشار المصاداة بين التوحديين يبلغ 75٪، والتي تصنف عند المختصين ضمن السلوكات النمطية والتكرارية الصوتية (vocal/oral stereotyped behaviors).

كما يظهر لدى الأفراد التوحديين ضعف في القدرة على استخدام كلمات أو عبارات تمثل الإدراك العقلي مثل(اعتقد هذا، أتذكر، أفكر)، وكذلك افتقارهم إلى القدرة على إعطاء أكثر من مسمى للشيء الواحد للتعبير على ذات الدلالة بحيث يصعب عليهم إدراك أن كلمة "نزهة" تدل على "رحلة" أو كلمة "قطة" هي نفسها "هرة" وهكذا، إضافة إلى خلطهم للضمائر عند استخدامها في حالات متعددة مثل "أنت تريد" بدلا من "أنا أريد" أو "هو يريد" وكذلك "هذا" بدلا من "هذه"، وكذلك استخدام لغة منطوقة نمطية مُلحّنة أو قوافٍ محددة دون إدراك لتشكيل الكلمات أو الأفعال حسب مواقعها في الجمل (نصر، 2002).

صعوبات التواصل لدى التوحديين تؤدي في كثير من الأحيان إلى نوبات من الغضب

وتزداد الإعاقة التواصلية بنوعيها التعبيرية والاستقبالية لدى الأفراد التوحديين كلما ازدادت درجة التوحد، كما أن هناك ارتباطاً قوياً ما بين القدرات العقلية لدى الأفراد التوحديين والقدرات

اللغوية، حيث إن الشخص التوحدي غير الناطق يكون على الأرجح يعاني من صعوبات تعلم أو تخلف عقلي(Paxton & Estay, 2007).

كما أكد كل من دوراند وميرجز (Durand & Merges, 2001) أن اضطرابات التواصل لدى الأفراد التوحديين ترتبط بالعديد من السلوكيات المشكلة، مثل إيذاء الذات والعدوان ونوبات الغضب لأنها انعكاس رئيس للصعوبات التواصلية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، حيث ظهر انخفاض هذه السلوكيات عندما تم تعليمهم المهارات التواصلية الوظيفية.

3. الخصائص السلوكية والاهتمامات المحدودة:

(Behavioral Characteristics and Restricted interests)

يبدي الأفراد التوحديون العديد من السلوكيات النمطية والسلوكيات الأخرى التكرارية، مثل رفرفة اليدين وهزهزة الجسم، وقد يأخذ السلوك النمطي شكلاً عدوانياً موجهاً للآخرين مثل الضرب أو تحطيم الممتلكات، وقد يكون على شكل إيذاء الذات مثل ضرب الرأس أو العض أو الحك القوي للجلد، كما ويقوم بعض التوحديين بإصدار أصوات متعددة النغمات وبشكل نمطي ومتكرر من فترة إلى أخرى أو في مواقف معينة (زريقات،2004).

التلويح باليدين أمام الوجه من الأشكال السلوكية النمطية الشائعة عند التوحديين

إنّ ممارسة السلوك النمطي لا يؤذي الطفل التوحدي جسدياً في أغلب الأحيان، ولكن يكمن الخطر من خلال غرابة هذا السلوك وشذوذه، حيث يلفت نظر الآخرين له وبالتالي يصبح عرضه للسخرية وابتعاد من حوله عنه، كذلك فإن طبيعة هذا السلوك تجعل منه عائقا أمام تفاعل الطفل مع البيئة والإفادة منها، وهذا ما يبرر أهمية معالجته ومساعدة الطفل على التخلص منه.

كما يستخدم العديد من أطفال التوحد حواسهم بشكل غير عادي بحيث يسلكون فيها مسلك العادات والطقوس، كتقريب الأشياء نحو الفم وتذوقها أو تمرير اللسان فوقها بشكل نمطي أو شمها وتكرار ذلك مرات عديدة، بالإضافة إلى الحملقة نحو الأعلى أو نحو مصابيح الإضاءة واللوحات الإعلانية الملونة، كما يواجه التوحديون فيما يتعلق بالمعالجة الحسية للمعلومات التي يستقبلونها ومعالجة المثيرات مشاكل عدة، فمثلاً عندما ينشغلون

بسلوك إيذاء الذات لا يظهرون ردود فعل تعبر عن الألم أثناء انشغالهم بهـذا الـسلوك (عبد الرحمن وآخرون، 2005).

و يفسر أيضا التمسك الشديد بالروتين عند هؤلاء الأطفال بالخوف من محيط غـامض بالنسبة لهم يتعذر عليهم فهمه، حيث إنهـم غـير قـادرين علـى معالجـة المعلومـات كوحـدة متكاملة مما يفضي لأن تكون حياتهم أو بيئتهم غير قابلة للتوقع، وهكذا يبقى عالمهم مجـزّئاً مما يجعلهم يركزون اهتماماتهم على تفاصيل جزئية مـن حيـاتهم، فتكـون هـذه الـسلوكيات كامتداد لهذا الشكل من التفكير فتبدو كأنها عديمـة المعنـى بالنـسبة لنـا (Gabriels & Hill, 2007).

ويـرتبط الأطفـال التوحـديون بأشـياء محـددة واهتمامات ضيقة بشكل غـير طبيعـي ولفـترة طويلـة نسبياً، مما يعيق عملية الـتعلم والتفاعـل الاجتمـاعي، فعلى سـبيل المثـال قـد ينشغل الطفـل التوحـدي في مرحلة الطفولة المبكرة بالرمل أو النقـر علـى الأشـياء لفترة طويلة من اليـوم، أو قـد يـربط نفـسه بموضـوع معين مثل ترتيب القطع النقدية أو السيارات الـصغيرة على الأرض بشكل متتالي...الخ (زريقات،2004).

ترتيب الأشياء على شكل خطوط هي من السلوكيات الروتينية والنمطية التي يمارسها التوحديون

كما يعتبر ظهور سلوك عدم الالتزام والامتثـال للأوامر (Noncompliance Behavior) بشكل بـسيط عند التوحديين وتركه دون معالجة قد يتـصاعد بمـرور الوقت إلى سلوك عدواني (Aggression Behavior)، والـذي يعتـبر أكثـر الاسـتجابات الـتي يظهرهـا ذوو الاضـطرابات النمائيـة إنهاكـاً، كمـا أن الاسـتجابات العدوانيـة لا تـؤدي فقـط إلى جعـل بـرامج التـدخل العلاجية أكثر صعوبة، بل يمكـن أن تـؤدي إلى عـزلهم من أماكن وبرامج الدمج التربوية، وربمـا يعتـبر الأثـر الأكثـر تـدميراً للـسلوك العـدواني هـو تـأثيره علـى مواقف الناس الآخرين وقناعاتهم تجاه الشخص الذي

يمارس هذا السلوك، وبخاصة عند وصوله إلى سن المراهقة والبلوغ الذي سيولد عند الآخرين أشكالاً من مشاعر القلق والخوف كلما حاولوا التعامل معه، أو الاقتراب منه، والذي يقود بدوره تدريجياً إلى العزلة التي تضاف إلى عزلتهم التي يعانون منها بسبب العجز الواضح في المهارات الاجتماعية (Whitman, 2004).

وربما يكون السبب الرئيس لظهور السلوك العدواني لدى أفراد التوحد هو محدودية المهارات التواصلية وانعدام الأساليب الأخرى البديلة لها، وبناءً على ذلك قام العديد من الباحثين بتعليم هذه الفئة من التوحدين أشكالاً من المهارات التواصلية، والتي أدت في النهاية ليس فقط إلى خفض السلوك العدواني وإنما تحسنت لديهم اللغة التعبيرية، بالإضافة إلى اكتساب العديد من أشكال السلوكات التكيفية (Whitman, 2004).

و قد يعاني الأفراد التوحديون من نوبات متكررة من الصرع (Epileptic Seizures)، حيث إن الشذوذ أو القصور الحاصل في النظام الطرفي للدماغ (Limbic System)، قد يشكل أساساً قوياً لحالات الصرع والنوبات المرضية المفاجئة، وقد أورد لاث (Lathe, 2006) العديد من الدراسات حول هذا الموضوع، حيث أجرى تاتشمان ورابين (Tuchman & Rapin) دراسة سنة (1996) على (187) طفلاً توحدياً ظهر من خلالها أن ما نسبته 18.2٪ يعانون من الصرع، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت ارتفاع هذه النسبة كما في دراسة كانيتانو (Canitano et al, 2005)، والتي أظهرت أن نسبة الصرع هي 35٪، وكذلك في دراسة هيوز وآخرين (Hughes et al, 2005) التي وصلت نسبة المصابين بالصرع فيها 46٪، وتبقى هذه النسبة مرتفعة بين الأفراد التوحديين حتى بعد سن البلوغ ومرحلة المراهقة، وقد أجرى دنلسون وآخرون (Danielsson et al, 2005) دراسة على مجموعة من التوحديين البالغين فوجد أن نسبة الذين يعانون من الصرع بلغت 38٪، أما في حالة غياب نوبات الصرع الظاهرة والعلنية، نجد أن التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) لدى 50-75٪ من التوحديين لا يكون في حالته الطبيعية (Hughes, 2008).

ويبدي التوحديون أعراضاً أخرى متعددة، تشترك مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل: النشاط الزائد، القلق، الكآبة، الهلوسات والأوهام، الغفلة وقلة الانتباه، حيث تشترك هذه السلوكيات مع اضطراب النشاط الزائد والفصام، واضطراب الكآبة، واضطراب القلق، والاضطراب السلوكي، حيث يصطلح على هذه الأعراض المشتركة ما بين هذه الاضطرابات بالاضطرابات المرضية المشتركة(Co-morbid Disorder)، ومن المفيد لهذه الفئة

من التوحديين أن يتم تصنيفهم وفق التشخيص الثنائي(Dual Diagnoses)، لأنه يوفر مزيداً من البرامج العلاجية المناسبة، والتي تتعامل مع خصوصية هذه الشريحة (Whitman, 2004).

كما أكدت دراسة آربل وبنزاين (Arbelle & Ben-Zion, 2001) المشار إليها في دراسة وايتمان (Whitman, 2004) إلى أن بعض هؤلاء الأطفال يظهرون مشكلات متنوعة في النوم والتي تتضمن: صعوبات في بدء النوم، والاستيقاظ ليلاً، والمشي أثناء النوم، والاستيقاظ مبكراً، وأنماط نوم شاذة، وقدرت بعض الدراسات نسبة انتشار صعوبات النوم بين الأفراد التوحديين ما بين 36-83٪ .

ومن الصعوبات الأخرى التي يعاني منها أفراد التوحد والتي أشار إليها أيرن وآخرون (Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001) وبخاصة عند أولئك الذين لديهم تخلف عقلي هي صعوبات الأكل، حيث أكدوا في دراساتهم على أن نصف عينة الدراسة أظهروا واحدةً أو أكثر من مشكلات الأكل التالية: مستويات متدنية لقبول الغذاء، نماذج فردية في رفض الطعام، انتقائية عالية لنوعية الطعام، انتقائية عالية لقوام الطعام، كما ويعانون من مشاكل في مضغ الطعام وهضمه.

4. الخصائص المعرفية (Cognitive Characteristics)

يبدي معظم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات التوحد العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يبديه أقرانهم المتخلفون عقليا، ومع ذلك فإن هناك بعض المشكلات الخاصة بالتجهيز المعرفي يبدو أنها تميز الأفراد التوحديين دون سواهم حيث يشير سكولر(Schuler,1995) إلى أن أولئك الأطفال الذي يعانون من اضطراب التوحد يجدون صعوبة في تصنيف المعلومات أو تبويبها اعتمادا على الترجمات الحرفية لها أو الرجوع إلى معانيها الحرفية، كما يبدو أن بوسعهم تذكر الأشياء المختلفة وفقاً لوضعها أو مكانها في فراغ معين بدلاً من القيام باستيعاب المفهوم العام لها، فالتسوق (Shopping) على سبيل المثال عندهم يعني الذهاب إلى متجر معين في شارع معين وربما القيام بشراء شيء معين منه، بدلا من مفهوم الذهاب إلى أي من المحلات أو المتاجر والتجول فيها، إلى جانب العديد من تلك الجوانب الأخرى التي يتضمنها مفهوم التسوق (هالاهان وكوفمان، 2008).

وقد كان تقدير نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين الأفراد التوحديين قبل عام 1990 أقل من90٪، ثم توالت الدراسات التي نشرت في فترة التسعينات من القرن العشرين والتي

أكدت على أن النسبة تتراوح بين 70-75٪، ثم أصبحت بعد عام 2000 تقدر بأقل من 50٪، وقد ظهرت مؤخراً دراستان كشفتا على أن النسبة تتراوح بين 26-29 ٪، ولعل سبب وجود هذه الاختلافات يعود إلى لتطور الذي طرأ على طرق قياس القدرات العقلية لهذه الشريحة، وكذلك لزيادة الوعي بالأفراد التوحديين ذوي الخصائص المعتدلة وذوي الأداء الوظيفي المرتفع (Volkmar et al, 2004) .

وتشير العديد من الدراسات إلى أن الذاكرة الصوتية عند الأفراد التوحديين أفضل من الذاكرة البصرية، ويعتمد هذا الاختلاف فيما يبدو على القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد، وكذلك على الخصائص المطلوبة للمهام (حيث يبدي الأفراد التوحديون أداءً جيداً في المهام المتعلقة بالتذكر الروتيني)، أما فيما يتعلق في الذاكرة اللفظية فقد وجد هيرملين وأوكونر (Hermelin&O'Connor) المشار إليهما في(Rajendran & Mitchell, 2007)، بأن أداء عينة الدراسة من التوحديين في تذكر الجمل المترابطة كان أسوأ حالاً من تذكرهم لمجموعة متنوعة من الكلمات العشوائية، وذلك بالمقارنة مع الأطفال العاديين الذين كان أداؤهم أفضل في تذكر الجمل المترابطة من الكلمات العشوائية.

ويتضمن الحديث عن الخصائص المعرفية ذكر أشهر النظريات المتعلقة بهذا المجال والتي من أهمها:

نظرية العقل (Theory of Mind): عرف (الإمام والجوالدة، 2010) هذه النظرية بانها: "نظام استنباط يمكّن الفرد من فهم سلوكيات وتصرفات الآخرين". كما أكد الباحثان على أن هذه النظرية والتي تتضمن معظم أشكال التعامل الإدراكي، ترتكز على ستة أسس وهي: (الاستنتاج المتواصل، واللعب التخيلي، التصرف على أساس الحالات الذهنية للآخرين، الاعتقاد والمعرفة، المحاكاة البعدية، استنتاج الأهداف والمقاصد). حيث إنها تتلخص في كون الأفراد التوحديين يفشلون في إدراك الحالات العقلية لأنفسهم أو للآخرين، فقد قام كل من ويمر وبيرنر(Wimmer & Perner) والمشار إليهما في(Rajendran & Mitchell, 2007) بابتكار اختبار النقل غير المتوقَّع للاعتقاد الخطأ (the unexpected transfer test of false belief) والمستخدم بشكل واسع في إثبات نظرية العقل، ويتضمن هذا الاختبار أحداثاً متسلسلة من قصة تؤديها الدمى، حيث تعتقد إحدى الدمى وجود أحد الأشياء في مكان معين بشكل يخالف الموضع الفعلي لهذا الشيء، ثم يقوم التوحديون المشتركون في الاختبار بالحكم في أي الأماكن ينبغي على اللعبة أن تبحث فيها عن ذلك

الشيء، ولكي يعطي الطفل الجواب الصحيحَ يَجِب عليه أنْ يَستنتجَ الحالة العقليةَ للدميةِ، وقد وجد (Baron-Cohen et al ,1985) أن 80٪ من التوحديين فشلوا في إدراك الحالة العقلية في مثل هذه الاختبارات، ثم استنتجوا أن الأفراد التوحديين لديهم عجز في نظرية العقل (Rajendran & Mitchell, 2007).

نظرية اختلال الوظيفة التنفيذية (Theory of Executive Dysfunction): تعرف الوظيفة التنفيذية بأنها: القدرة على إبقاء الحل الملائم للمشكلات جاهزاً بغرض تحقيق هدف مستقبلي، حيث تتضمن مجموعة واسعة من السلوكيات والتي من أهمها: التخطيط، والسيطرة على الرغبات والاندفاع، البحث المنظم، مرونة التفكير والتصرف، وفي موضع آخر تضمنت : التخطيط، واتخاذ القرارات، وإدراك الذات، والعقلانية، لذلك فإن اختلال هذه الوظائف كما هو عند التوحديين يؤدي إلى وجود صعوبات وعيوب في توليد استجابات وأفكار جديدة، وإعاقة في تنظيم الاستجابات السلوكية والتخطيط لها، ولذلك فإن السلوك العفوي محدود لديهم، وإنه يمتاز بالتكرارية. وبالرغم من أن الوظائف التنفيذية تتعلق بالعمليات الإدراكية، إلا أنها يجب أن تبقى قريبة من جذورها الإكلينيكية العصبية للأداء الحركي، مثل القيام بمهمات حركية متسلسلة

(زريقات،2004 ؛ Rajendran & Mitchell, 2007).

نظرية ضعف التماسك المركزي (Weak Central Coherence Theory): يركز جوهر هذه النظرية على أن الأفراد الطبيعيين يقومون بمعالجة المعلومات من خلال استخراج المعنى الإجمالي أو استنباط الفحوى العامة، بينما يعاني الأفراد التوحديون من ضعف واضح أو غياب للتماسك الإجمالي، حيث ينهمكون في التركيز على تفاصيل الأشياء أو أجزائها، وكذلك لديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها في المستوى الأعلى من المعلومات الكلية (زريقات،2004).

كما أجرى بن إتزتشاك وآخرون (Ben Itzchak et al ,2008) دراسة تتعلق بمدى ارتباط مستوى القدرات العقلية بشدة التوحد ونتائج التدخلات العلاجية، حيث تم قياس درجات الذكاء لأفراد العينة قبل التدخل ثم بعد عام من التدخل، والذي عمل على حدوث تغيرات ملحوظة في مستوى الأعراض الرئيسة للتوحد، وقد أظهرت النتائج وجود ارتفاع ملحوظ في درجة الذكاء عند أفراد العينة بعد التدخل، حيث ارتبط هذا الارتفاع بشكل

رئيس بانخفاض أعراض التوحد والذي غالباً ما يكون انخفاضاً في مستوى السلوكات النمطية.

5. الخصائص الجسدية والحركية (Physical and Motor Characteristics)

يمارس العديد من التوحديين سلوك المشي على رؤوس أصابع القدمين

إن الأعراض التشخيصية للأطفال المصابين باضطراب التوحد تتمثل بشكل جوهري في كونهم يظهرون قصوراً في الجانب الاجتماعي والتواصلي وممارسة السلوكيات التكرارية والاهتمامات المحدودة، بينما لا تزال المشكلات الحركية لديهم تعتبر من الأعراض المصاحبة للتوحد 'Associated Symptoms'، وقبل الحديث عن المشكلات الحركية ـ التي يبديها أفراد هذه الفئة ـ ينبغي توضيح طبيعة البنية الجسدية وأهم الملامح البدنية التي تميزهم، حيث اعتبر العديد من المختصين أن الملامح البدنية والبنية الجسدية للأطفال التوحديين في أغلب الأحيان لا تختلف عن أقرانهم من الأطفال العاديين، وربما يذهب البعض إلى اعتبار أنهم يتميزون بالوسامة (Whitman, 2004).

وفي دراسة شاملة في المجال العصبي قامت بها رابين (Rapin, 1996) على (176) طفلاً توحدياً وجدت أن حوالي 25% من عينة الدراسة أظهروا ضعفاً وارتخاء في عضلات الجسم(ضعف التوتر العضلي) والذي يعرف بـ (Hypotonia)، وأن 30% من التوحديين ذوي الأداء الوظيفي العالي يعانون من عدم تناسق الأطراف (Limb Apraxia) مقابل 75% من ذوي الأداء الوظيفي المنخفض.

وقد أجرى مؤخراً مينغ وآخرون دراسة (Ming, Brimacombe, Wagner, 2007) هدفت إلى تقصي نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى 154 من الأفراد التوحديين، حيث أظهرت النتائج أن 51٪ من عينة الدراسة يعانون من ارتخاء في عضلات الجسم (Hypotonia)، وأن 34٪ منهم لديهم ضعف في التناسق الحركي (Apraxia)، وأن 19% يمارسون المشي على رؤوس أصابع القدمين (Toe-Walking)، وأن 9% منهم لديهم تأخر في الأنشطة الحركية الكبيرة (Gross Motor Delay). وهذا يظهر مدى شيوع وانتشار المشكلات الحركية لدى الأفراد التوحديين، كما كشفت النتائج أن تلك المشكلات الحركية

تنحسر وتنخفض بتقدم العمر، ربما بسبب التعاقب النمائي الطبيعي، أو بسبب برامج التدخل التي تعرض لها الأطفال، أو لكلي الأمرين معاً، وقد استنتج الباحثون في الدراسة بأن المشكلة الرئيسة الشائعة لديهم تتمثل بضعف السيطرة على المهارات الحركية الدقيقة (Fine Motor Control).

برغم عدم التجانس بين الأفراد التوحديين في الأعراض المصاحبة التي يبدونها ووجود استثناءات فردية فيما بينهم، إلا أننا يمكن أن نستنتج، في ضوء ما تقدم من الدراسات، بأن العديد من أفراد هذه الفئة يظهرون صعوبات حركية وبدنية متنوعة من أهمها: ضعف في المهارات الحركية الدقيقة، وضعف في التناسق الحركي للأطراف، وضعف في مهارة السيطرة على الأشياء والأدوات، كما أن معظم الدراسات أشارت إلى أن العديد من الأطفال التوحديين يبدون تأخراً واضحاً في الوصول إلى المراحل المختلفة التي يقتضيها التطور والنمو الحركي (delays in reaching motor milestones)، وذلك بالمقارنة مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء (Darden-Melton, 2006)، وعلى ذلك يظهر بشكل جلي حجم الحاجة إلى البرامج العلاجية التي تقتضيها هذا المشكلات، والتي من ضمنها ممارسة الأنشطة الرياضية المتنوعة التي توجه وفق الأسس التربوية والعلمية التي تتناسب مع خصائص التوحديين، إضافة إلى برامج العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي.

6. الخصائص الحسية (Sensory Characteristics)

بالرغم من ظهور العديد من الدراسات التي مهدت في فترة الستينات والسبعينات من القرن العشرين الماضي لاحتمالية أن يكون الشذوذ في الإدراك الحسي من الخصائص الأساسية لاضطراب التوحد، وبالرغم من صياغة نظرية العجز والاختلال الحسي (Sensory Dysfunction) سنة (1974)، إلا أن الباحثين لا يزالون متجاهلين لجعل الشذوذ في الإدراك الحسي ضمن خصائص التوحد الأساسية،و اكتفوا بإدراجه ضمن الأعراض المصاحبة للتوحد)، وقد فسر بعض الباحثين ذلك في أن الحاجة إلى مزيد من الدراسات المتخصصة لبعض جوانب هذا الموضوع لا تزال قائمة، وأن البحوث السابقة في هذا المجال تفتقر إلى البحث المنظم (Bogdashina, 2003).

يعاني العديد من التوحديين من فرط الحساسية والانزعاج لسماع الأصوات العادية

كما يشعر العديد من التوحديين بعدم الراحة عند النظر إلى بعض الألوان، وكذلك قد يتجنب بعضهم الأطعمة ذات القوام الصلب ويميلون إلى الأطعمة ذات القوام اللين، وتوضح هذه الحساسية الزائدة لبعض الحواس ممارستهم للعديد من السلوكات الشاذة والتي منها: وضع النظارة الشمسية داخل المباني، تجنبهم المستمر النظر تجاه بعض الألوان، والانزعاج ووضع اليدين على الأذنين عند سماعهم لبعض الأصوات العادية، اللمس المتكرر للأسطح والملابس.

و قد تسيطر إحدى الحواس في وقت ما على بعض التوحديين، فنجد أن إدراكه الحسي في ذلك الوقت يتركز في تلك الحاسة فقط دون غيرها، وهذا يفسر صعوبة نقل الإدراك الحسي لديهم من حاسة إلى حاسة أخرى، فمثلاً يجد بعضهم صعوبة في الانتقال من حالة النظر إلى حالة السمع، أو من حالة السمع إلى حالة اللمس، لذلك فإن الأنشطة التي تتطلب استخدام حواس متعددة في ذات الوقت، سيكون النجاح في تطبيقها صعباً (Paxton & Estay, 2007).

قدر بعض الباحثين نسبة الذين يستخدمون حواسهم بطرق شاذة وغير عادية ضمن أفراد الطيف التوحدي (ASD) ما بين 70-80%، وهذه النسبة تشمل كلاً من فرط الحساسية (Hypersensitivity) وضعف الحساسية (hyposensitivity)، وربما يظهر التوحدي كلي النوعين بمرور الوقت(Paxton & Estay, 2007).

و قد وجد هاريسون وهير (Harrison & Hare, 2004) في دراستهما المشار إليها في (Paxton & Estay, 2007) أن نسبة الحساسية الصوتية عند التوحديين بلغت 70%، وأن نحو 50% منهم أبدوا حساسية لمسية، ونحو 40% أبدوا حساسية في الشم، ونحو 40% أبدوا حساسية في التذوق، كما أشار الباحثان إلى أن نحو 25% من عينة الدراسة أظهروا حساسية شديدة للألم، وأن نحو 45% منهم أظهروا ضعف الحساسية للألم.

تشخيص اضطراب التوحد (Diagnosis Autism Disorder)

اعتبر العديد من الباحثين عملية تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) عملية صعبة ومعقدة وذلك للأسباب التالية:

1. التوحد اضطراب سلوكي يحدث في المراحل المبكرة من الطفولة، أي في ذروة فترة النمو، وبالتالي فهي تؤثر سلبًا على الجوانب الأكثر أهمية في نمو الطفل، كالمهارات اللغوية،والاجتماعية، والمعرفية، والعاطفية، وهي بذلك تعيق عمليات التواصل، والتخاطب، والتعلم، فتتعذر عمليات التفاعل مع الطفل لتشخيص حالته، أو إخضاعه للقياس والتقويم.
2. التوحد اضطراب متعدد تتعدد وتتباين فيه الأعراض بين الأفراد، فنادرًا ما نجد طفلين توحديين متشابهين تمامًا في الأعراض والخصائص .
3. عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة على فئة التوحد التي يمكن من خلالها تشخيص الأطفال وخاصة في الدول.
4. الفحوصات النفسية وملاحظة السلوك تتطلب وقتًا طويلاً، وكذلك يعتمد التشخيص بدرجة كبيرة على المعلومات الاسترجاعية من قبل الأهل، وبخاصة الوالدين، وهذه المعلومات معرضة للنسيان.
5. تداخل خصائص التوحد مع خصائص وأعراض اضطرابات وإعاقات أخرى كالتخلف العقلي والإعاقة البصرية والصرع والفصام.
6. قد يختلف التشخيص من موقف إلى آخر، وذلك بسبب تغير سلوك الأطفال التوحديين بين بيئة وأخرى . فيكون هذا السلوك في أسوأ حالاته في بيئة معينة بينما يكون أقل حدة في بيئة ومواقف أخرى(زريقات،2004) .

وقد تطورت أساليب تشخيص اضطراب التوحد (Diagnostic Criteria for Autistic Disorder) منذ اكتشافه وإعطائه مسمى علمياً على يد كانر (Kanner) عام(1943). إضافة إلى تزايد الأبحاث والدراسات حول تعريفه وأسبابه وخصائصه من قبل علوم متعددة واتجاهات مختلفة وصولا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة المعدلة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR) والذي يعتبر من أشهر الأدلة التشخيصية في هذا المجال، حيث وضع المحكات الرئيسة لتشخيص التوحد، والتي تمثلت في ثلاثة جوانب رئيسة وهي: التأخر أو القصور في التفاعل الاجتماعي والقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي بالإضافة إلى مجموعة من السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة وذلك قبل بلوغ الطفل عمر(3) سنوات. وقد قدم الدليل العديد من المظاهر لكل معيار بشكل تفصيلي.

أدوات تشخيص اضطراب التوحد

عمل العديد من الباحثين على وضع وتقنين مجموعة من الأدوات المسحية وأدوات التشخيص التي تستخدم في الكشف عن الأطفال التوحديين وتمييزهم عن غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى، حيث يمكن تقسيمها إلى قسمين:

أولاً: الأدوات المسحية:

1. قائمة التوحد للأطفال الصغار (Checklist for Autism in Toddler ,CHAT)، والذي عمل على تطويره بارون كوهين وألن وجيلبيرغ (Baron-Cohen, Allen, Gilberg, 1992)
2. قائمة تقدير السلوك التوحدي (Autistic Behavior Checklist) (ABC) وطورّها كروج وإريك والموند (Krug, Erick & Almond , 1980)، وقد قام الصمادي (1985) بدراسة هدفت إلى إعداد صورة أردنية عن قائمة تقدير السلوك التوحدي(ABC)، حيث توافرت فيها دلالات الصدق والثبات في البيئة الأردنية . (Smadi,1985)
3. اختبار مسحي للأطفال التوحديين في عمر السنتين (Screening Test for Autism in Tow years old, STAT)، والذي عمل على تطويره سيجل (siegel,1996)

ثانياً: أدوات التشخيص:

1. مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale, CARS) وطورّه شوبلر ورشلر ورينر (Schopler, Reichler & Renner 1988) ، وقد قام كل من الشمري والسرطاوي(2002) بإعداد صورة عربية لهذا المقياس توفرت فيه دلالات الصدق العاملي وصدق المحكمين والصدق التمييزي ما بين التوحديين والمتخلفين عقلياً والعاديين، كما تحققت فيه دلالات الثبات بطرقة الاتساق الداخلي والتجزئة النصفية.
2. المقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview- Revised ADI-R) ، وطورّها ليكوتر وروتر (Lecouteur, Rutter ,1988).
3. جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (The Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)، والذي قام ببنائه لورد (Lord,1989).
4. مقياس جيليام للتوحد (Gilliam Autism Rating Scale ,GARS) وطورّه جيليام (Gilliam 1995). (العماوي،2007)

الأساليب والبرامج المستخدمة في علاج التوحد

سعى الباحثون والمراكز المتخصصة باضطراب التوحد على إعداد وتصميم عشرات البرامج المتنوعة لعلاج ومساعدة الأفراد المصابين بالتوحد على تجاوز الصعوبات والعقبات السلوكية والتواصلية والاجتماعية والنفسية التي يعانون منها، حيث سنعرض في هذا الموضع أشهر تلك البرامج المستخدمة في هذا الإطار على النحو التالي:

1. برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (TEACCH)

إيريك شوبلر
(Eric Schopler)

قام إيريك شوبلر(Eric Schopler) بتطوير هذا البرنامج في جامعة نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث منح الميدالية الذهبية سنة (1972) من جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية، وتم الاعتراف به كنموذج مميز للخدمة والتدريب والبحث، كما اعترفت جمعية الأخصائيين النفسيين ببرنامج تيتش كنموذج وطني لتقديم الخدمات للأفراد الذين يعانون من التوحد وعائلاتهم.

ويقوم برنامج تيتش على ثلاث ركائز أساسية تتمثل في التقييم والتشخيص، وتعاون الوالدين مع المهنيين، والتعليم المنظم الذي يشمل خمسة عناصر أساسية:

1. تكوين روتين محدد: من خلال تسلسل الأحداث خلال اليوم، وتسلسلها خلال الأسبوع.
2. التنظيم المادي (تنظيم البيئة الفيزيائية): حيث ينبغي تنظيمها بحيث يفهمها الطالب من خلال تحديد مساحات اللعب الحر، ومساحة للانتظار، ومساحة للعب المستقل.
3. الجداول البصرية التي تساعد على عملية التواصل بين الطلبة ومعلميهم، وتهيئتهم لفهم البيئة وتسلسل الأحداث اليومية، وتنظيم أوقاتهم.
4. تنظيم العمل: ويشير إلى عرض وتنظيم المهام بطريقة تزود الطلاب بمعلومات عما سوف يقومون به في مناطق العمل الاستقلالية، وكيفية انتهائه وما النشاط الذي سيليه.

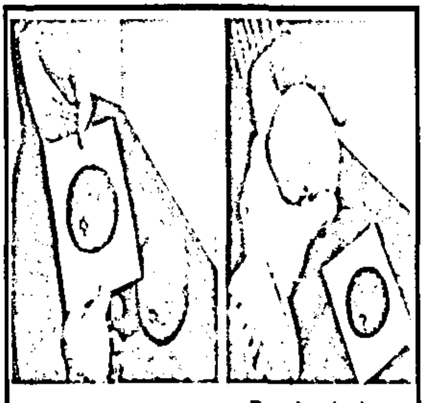
5. تنظيم المهمة: وتعني تنظيم المواد المستخدمة لأنظمة العمل المختلفة من خلال توضيحها بمعينات ودلائل بصرية واضحة(الشامي، 2004 ؛العماوي،2007) .

2. **برنامج تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavioral Analysis)**

إيفار لوفاس
(Ivar Lovaas)

و يسمى أحياناً ببرنامج لوفاس، نسبة لمطوره الطبيب النفسي إيفار لوفاس (Ivar Lovaas)، الذي أسس جميع تجاربه على نظريات تعديل السلوك، التي ترتكز على أن السلوك الإنساني مكتسب وظاهر وقابل للقياس، وتحكمه ضوابط تحدث قبل السلوك أو بعده، وفي عام (1987) قام لوفاس بنشر برنامجه ومدى التقدم الذي أحرزه على الأطفال التوحديين الملتحقين بالبرنامج، حيث إن (47%) منهم ارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي، والتحقوا بمدارس عادية، ويعتبر العمر المثالي لبدء البرنامج من سنتين ونصف إلى خمس سنوات، بحيث تكون درجات الذكاء أعلى من (40٪) ولا يقبل من هم اقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر الست سنوات إذا كانت لديهم المقدرة على الكلام، ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود (40) ساعة أسبوعياً، أي بمعدل ثماني ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة (20) ساعة، وتزداد تدريجياً خلال الشهور اللاحقة حتى تصل إلى (40) ساعة أسبوعيا، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين (60 -90) دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل (10 -15) دقيقة من التدريب، وحين انتهاء الجلسة أي بعد (60 - 90) دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو اللعب لمدة تتراوح ما بين (10 -15) دقيقة، يعود بعدها إلى جلسة أخرى من جلسات التدريب وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً، ويرتكز هذا البرنامج على ثلاثة مبادئ أساسية: 1. استخدام التقنيات السلوكية. 2. القياس المستمر. 3. المنهج المتسلسل (زريقات، 2004؛ الشامي، 2004).

3. برنامج تبادل الصور(PECS)

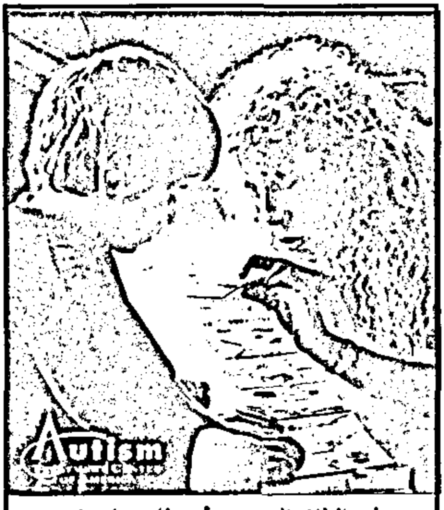


و هو نظام تواصلي يتميز بأنه يمنح فرصة التواصل بوساطة الصور للأطفال التوحديين داخل سياق اجتماعي يكون الطفل فيه إيجابيا ومبادراً في عملية التواصل نفسها، وقد أعد هذا النظام كل من أندرو بوندي (Andy Bondy) ولوري فروست (Lori Frost) بالولايات المتحدة الأمريكية عام (1994)، وهو مخصص ليستخدم مع الأطفال التوحديين وغيرهم من ذوي الاضطرابات النمائية، وذلك بسبب قصور عملية التواصل لديهم أو عدم وجودها أصلاً، فالطفل الذي يعاني من التوحد قد لا يتكلم، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريبا وغير مفهوم أحيانا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء.

ويتكون نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) من ست مراحل متتابعة وهى :

المرحلة الأولى:مرحلة التبادل (The Physical Exchange)

الهدف من هذه المرحلة أن يتعلم الطفل الطلب تلقائيا، وذلك من خلال استخدام شيء نضمن شدة تعلق الطفل به مثل (الشيبس)، ونقوم بتدريب الطفل علي نزع الصورة الخاصة به ووضعها في يد المدرب لاستبدالها بالشيء نفسه دون اشتراط فهمه لمحتوى الصورة، وفي هذه المرحلة تتم مساعدة الطفل مساعدة جسمية للقيام بعملية الاستبدال مع مراعاة تقليل المساعدة تدريجيا حتى يستطيع الطفل الاعتماد علي نفسه اعتمادا كليا.



يستطيع الطفل التوحدي أن يطلب ما يشاء عن طريق تبادل الصور

المرحلة الثانية: تنمية التلقائية

(Expanding Spontaneity)

الهدف من هذه المرحلة تدريب الطفل علي أن يذهب إلى لوحة التواصل لسحب الصورة التي تماثل الشيء المرغوب ثم العودة إلى المدرب ليضع الصورة في يده، حتى يتعلم الشكل الطبيعي في لفت انتباه الآخرين.

المرحلة الثالثة: تمييز الصور (Picture Discrimination)

الهدف من هذه المرحلة أن يكون الطفل قادراً على تمييز الصورة التي تماثل الشيء المرغوب من بين عدد من الصور المقدمة له على لوحة التواصل.

المرحلة الرابعة: تكوين الجمل (Sentence Structure)

الهدف من هذه المرحلة أن يكون الطفل قادراً على أن يطلب الأشياء الموجودة وغير الموجودة أمامه مستخدما كلمات متعددة.

المرحلة الخامسة: التفاعل عند سؤال ماذا تريد؟
Responding to (What do you want?)

والهدف من هذه المرحلة أن يكون الطفل قادراً على أن يطلب كثيراً من الأشياء بصورة تلقائية وأن يجيب عن التساؤل ماذا تريد؟ مستخدما شريط الجملة الخاص به.

المرحلة السادسة: التجاوب والردود التلقائية (Responsive and Spontaneous commenting)

الهدف من هذه المرحلة أن يجيب الطفل عن ماذا تريد؟ ماذا ترى؟ ماذا تملك؟ (الشامي، 2004).

4. العلاج بالأدوية والعقاقير

تستخدم أحياناً العلاجات الطبية التي من شأنها التخفيف من بعض السلوكيات المصاحبة للتوحد، كالسلوكيات النمطية والعدوانية وإيذاء الذات والنشاط الزائد، وتشمل هذه الطريقة العلاج بالأدوية النفسية التي تستخدم لتحسين الوظائف العقلية كخفض الاكتئاب والعدوانية وغيرها، وكذلك تستخدم الأدوية غير النفسية مثل هرمون السيكريتين (Secretin) والذي يعتبر عاملا محضرا لإنتاج السيروتونين، كما تستخدم الفيتامينات وبعض العناصر المعدنية مثل (Vitamin B6) والمغنيسيوم، وهرمون الميلاتونين، والحامض الأميني دايميثيلغلايسين (Dimethylglycine) (العماوي،2007) .

ومن الأدوية النفسية الرئيسة التي تشير المراجع العلمية بأنها توصف للأشخاص التوحديين:

أولا: الأدوية المضادة للذهان (Narcoleptics): وهذه الأدوية غالبا ما تمنع الأعصاب من استقبال مادة كيماوية عصبية تدعى دوبامين (Dopamine) وبذلك تقلل من عمل الدوبامين في أجزاء من الدماغ، ويبرر استخدام مضادات الذهان مع التوحديين

بسبب ظهور ما يدل على أن مستويات الدوبامين زائدة عن حدها في بعض حالات التوحد.

ثانيا: الأدوية المضادة للاكتئاب (Antidepressant): ويؤثر هذا النوع من الأدوية على ثلاثة نواقل عصبية وهي السيرتونين والدوبامين والنوروبنفرين، حيث تحسن هذه الأدوية عمل الخلايا العصبية التي تستقبل وتفرز هذه الكيماويات، ولا سيما في الجهاز الطرفي.

ثالثا: الأدوية المضادة للقلق (Anti anxiety): وهذه الأدوية تعمل على تخفيض القلق من خلال تخفيض نشاط النظام العصبي المركزي.

رابعا: الأدوية المضادة للتشنج (Anticonvulsants): تعرف الأدوية المضادة للتشنج أيضا بالأدوية المضادة للصرع أو الأدوية المضادة للنوبات، ولذلك توصف هذه الأدوية للأشخاص التوحديين الذين يعانون من الصرع.

خامسا : الأدوية المنبهة (Stimulants): تؤثر الأدوية المنبهة على عدد من النواقل العصبية في الدماغ، وبخاصة النوريبينيفرين والدوبامين ويغلب استخدام الأدوية المنبهه في معالجة اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية(الشامي، 2004).

5. العلاج بالتكامل الحسي (Sensory integration therapy)

طورت هذه الطريقة جين أيرز عام (1979)، ويقوم هذا العلاج على أساس أن الجهاز العصبي مسؤول عن ربط جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم أو البيئة، ولذلك فإن أي خلل يحدث في قدرة الجهاز العصبي على تنظيم وإعطاء مخرجات لها ذات معنى أو أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس يؤدي إلى أعراض اضطراب التوحد. ويشمل العلاج الحسي على الأنشطة الحركية الدقيقة والكبيرة لتفريغ الطاقة الزائدة، واللعب بالصلصال وأحواض كرات البلاستيك وفرشات ووسائد والتأرجح على أرجوحة والتدليك وتحريك الأشياء ثقيلة، ومجموعة من القصص الحسية وهي شبيهة بالقصص الاجتماعية التي تتحدث عن المواقف الحسية التي تصعب على الطفل، ويتم تصميم غرفة العلاج بالتكامل الحسي على نحو يحفز الطفل على ممارسة الركض واللعب والرقص مع الموسيقى والدوران على الكرسي والتأرجح في الفراغ، حيث يعمل الأخصائي مع الطفل واحد لواحد في تطبيق أنشطة هذا البرنامج، وقد ذكر مجلس الأبحاث الوطنية (National Research Council, 2001) في سياق تقييمه لبرنامج الدمج

الحسي بأنه لا يوجد دليل يثبت أن هذا العلاج يُحدث تغيرات على أنواع أخرى من السلوكيات كالمهارات الاجتماعية واللغوية، إلا أن هناك بعض طرق التدخل الطبية والتربويـة الـتي تحـدث تغيرات شاملة وواسعة التأثير على مجالات مختلفة من السلوك مثل التمارين الرياضية (الشامي، 2004 ؛ الدوايدة، 2009).

مراجع الفصل العاشر

المراجع العربية

- الإمام، محمد والجوالدة، فؤاد (2010). الإعاقة التطورية والفكرية تطبيقات تربوية من منظور نظرية العقل. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الدوايدة، أحمد موسى (2009). بناء برنامج تدريبي للأطفال التوحديين قائم على النظرية السلوكية وقياس أثره في تنمية مهارات السلوك اللفظي وخفض المشكلات السلوكية لديهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان، الأردن.
- الزارع، نايف بن عابد (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية ومفاهيم التدخل، دار الفكر، عمان.
- زريقات، ابراهيم عبد الله(2004). التوحد: الخصائص والعلاج.عمان:دار وائل للطباعة والنشر.
- الشامي، وفاء (2004). علاج التوحد، الطرق التربوية والنفسية والطبية. الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشيخ ذيب، رائد (2004). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية عند الأطفال التوحديين وقياس فاعليته، الجامعة الأردنية، أطروحة دكتوراه غير منشورة: عمان، الأردن.
- الظاهر، قحطان (2009). التوحد. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع
- عبد الرحمن، محمد السيد وعلي حسن، منى ومسافر، علي (2005). رعاية الأطفال التوحديين دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة: دار السحاب لنشر والتوزيع.

- العماوي، رامي (2007). فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيتش TEACCH لتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان، الأردن.
- نصر، سهى أحمد أمين (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي : التشخيص، البرامج العلاجية. عمان: الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- هالاهان، دانيال؛ كوفمان، جيمس.(2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، ترجمة: عادل عبدالله، عمان، دار الفكر.
- يحيى، خولة أحمد(2008). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

المراجع الأجنبية

- A contemporary behavior analytic intervention for problem behavior. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 16, 110–119.
- Ahearn, W., Castine, T., Nault, K., and Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 505-511.
- Baranek, G.T., Foster, L.G., and Berkson, G.(1997).Tactile defensiveness and stereotyped behaviors, American Journal of Occupational Therapy, 51(2),. 91–94.
- Ben Itzchak E, Lahat E, Burgin R, and Zachor AD.(2008). Cognitive, behavior and intervention outcome in young children with autism. Research in *Developmental Disabilities*, 29, 447–58.
- Benford, P.(2008). The use of internet-based communication by people with autism. Unpublished doctoral dissertation, University of Nottingham, UK.
- Bogdashina, O.(2005) Theory of Mind and the Triad of Perspectives on Autism and Asperger Syndrome: A View from the Bridge.London,GBR: Jessica Kingsley Publishers, p334.
- Brekke, P.(2008). A Comparison of the Frequency of Occurrence of Stereotypic Behaviors Demonstrated by a Youth With Autism During Two Recreation Activities: Horseback Riding and Board Game Play. Unpublished Master Thesis, Clemson University, United States.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009).Prevalence of Autism Spectrum Disorders , Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006; MMWR, 58(SS10):1-20.
- *Chakrabarti, S and Fombonne, E. (2005).* Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. American Journal of Psychiatry, Vol. 162 Issue 6, p1133-1141, 9p.
- Charman, T.(2008). Autism spectrum disorders, Psychiatry, Vol 7, No 8, p331-334.
- *Durand, V. M., and Merges, E. (2001). Functional communication* training:
- Friend, Marilyn. (2011). Special Education: Contemporary Perspectives for School Professionals - Third Edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Gabriels, R. and Hill, D.E.(2007). Growing up with Autism: Working with School-Aged Children and Adolescents. New York: Guilford Press.

- Hughes R (2008). "A review of recent reports on autism: 1000 studies published in 2007". Epilepsy & Behavior; 13 (3): 425–437.
- Hughes, R. (2009). Update on autism: A review of 1300 reports published. Epilepsy & Behavior. 16: 569–589.
- Inglese, M. D & Elder, J. H.(2009): Caring for Children With Autism Spectrum Disorder, Part I: Prevalence, Etiology, and Core Features. Journal of Pediatric Nursing; 24(1):41–48.
- Johnson, C, and Myers, S.(2007).Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. Pediatrics, Vol. 120 Issue 5, p1183-1216, 35p.
- Jonny L Matson, Santino V. LoVullo.(2009). Trends and topics in autism spectrum disorders research. Research in Autism Spectrum Disorders, V(3), Issue(1), pp. 252-257.
- Klin, A., and Jones, W. (2008). Altered face scanning and impaired recognition of biological motion in a 15-month-old infant with autism. Developmental Science, 11, 40–46.
- Lam KSL, and Aman MG (2007). The Repetitive Behavior Scale-Revised: independent validation in individuals with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders .37 (5): 855–66.
- Lathe, R.(2006). Autism, brain and environment. .London: Jessica Kingsley Publishers, p288.
- Luyster R, Qiu S, Lopez K, and Lord C.(2007) Predicting outcomes of children referred for autism using the MacArthur-Bates Communicative Development Inventory, Journal of Speech, Language, and Hearing Research;50:667–81.
- Ming, X; Brimacombe, M; and Wagner, G. C.(2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. Brain & Development, Vol. 29 Issue 9, p565-570, 6p.
- Murray, J B. (1996). Psychophysiology aspects of autistic disorders , Overview autism in children . Journal of psycholog , 130 (2) 145-159 .
- Nadig, A., Ozonoff, S., Young, G., Rozga, A., Sigman, M. and Rogers, S. (2007). A prospective study of response-to-name in infants at risk for autism. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Theme issue on Autism, 161(4), 378-383.
- Paxton, K., and Estay, I.,(2007) Counselling People on the Autism Spectrum, A Practical Manual, Jessica Kingsley Publishers, Inc.: London and Philadelphia.
- Rajendran, G., and Mitchell, P. (2007). Cognitive Theories of Autism. Developmental Review, 27(2), 224-260.
- Rapin, I. (1996). Neurological examination. In I. Rapin (Ed.), Preschool children with inadequate communication: Developmental

language disabilities, autism, Low IQ. Clinics in Developmental Medicine, 139, 98–122.

- Rutter, M. (2005). Aetiology of autism: Findings and questions. Journal of Intellectual Disability Research, 49(4), 231- 238.
- Smith, D.D., & Tyler, N.C. (2010). Introduction to special education: Making a difference (7th ed.). Boston: Pearson Publishers.
- Summers JA, Houlding CM, and Reitzel JM.(2004).Behavior Management Services for Children With Autism/PDD: Program Description and Patterns of Referral. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, January 1, 2004; 19(2): 95 - 101.
- Volkmar, F.R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R.T. and Kin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 135-170.
- Whitman, T.L. (2004). The Development of Autism: A Self-Regulatory Perspective. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, p221.
- Williams, J.G., Higgins, J.P. and Brayne, C.E. (2006) “Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders.” Archives of Disease in Childhood , Vol. 91 Issue 1, p8-15, 8p.

المركز الإسلامي الثقافي
مكتبة سماحة آية الله العظمى
السيد محمد حسين فضل الله العامة
الرقم : 61492

أساسيات التربية الخاصة

Introduction of Special Education

دار المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo